cerfa

N° 11104*03

feuille de soins bucco-dentaires

CHIRURGIEN DENTISTE X MEDECIN

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture *(facultatif)* 0 0 1 0 1 7 2 4 5

date 0 7 1 1 2 0 2 4

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS *(la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le praticien)*

nom et prénom TEST1 TEST
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le praticien, le cas échéant)

date de naissance 2 0 0 5 1 9 4 0

ASSURE(E) *(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))*

nom et prénom
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DU PRATICIEN

DOCTEUR NAIT RAISS JAMILA

19 CHIRURGIE DENTAIRE

CONVENTIONNE

PRATICIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

78 BD MIREILLE LAUZE
SELAS

13010 MARSEILLE

=> 13 4 75249 2 00 1 20 1 19 n°AM

dispositif de coordination de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES ACTES

X **MALADIE** *(si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)*

actes en rapport avec une ALD | action de prévention | autre

accident causé par un tiers non X | oui | date

AT/MP | numéro | ou | date

ACTES dispensés au titre de l'art. L. 115 *(cf. la notice au verso ; § précédé de "*" et les recommandations importantes)*

(les trois rubriques ci-dessous sont complétées, le cas échéant, uniquement par le médecin)

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous *(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)*
nom et prénom du médecin :

accès direct spécifique | urgence | hors résidence habituelle | médecin traitant remplacé | accès hors coordination

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande :)

date des soins	codes des actes	dent	codes des actes (modificateurs, codes associés)	montant des honoraires facturés		dent	codes des actes		montant
0 7 1 1 2 0 2 4	CD 1			0 0 0 2 3 , 0 0 0					
localisation anatomique									
localisation anatomique									
localisation anatomique									
localisation anatomique									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL (en chiffres et lettres) 0 0 0 2 3 , 0 0

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire | l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du praticien ayant effectué l'acte ou les actes | signature de l'assuré(e) | tiers-payant signé

FSDSTO 02-2014 S3153c