



N° 11104*03

feuille de soins bucco-dentaires

CHIRURGIEN DENTISTE ☒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 5 1

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

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

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

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

AT/MP

numéro

ou

date

(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 :)

nature des actes	date de la demande	nature des actes	date de la demande	nature des actes	date de la demande	type de remboursement		
						ALD	autre	montant €

0 7 1 1 2 0 2 4

CD 1

0 0 0 2 3 , 0 0 0

localisation
anatomiquelocalisation
anatomiquelocalisation
anatomiquelocalisation
anatomique

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

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 actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer X