



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
0 7 1 1 2 0 2 4

date

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

(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

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

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 ESKENAZI SOLAL ELSA

19 CHIRURGIEN DENTISTE

CONVENTIONNE

PRATICIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE

SELAS

13010 MARSEILLE

=> 13 4 04873 5 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 dispensés au titre de l'art. L. 115
(cf. la notice au verso : § précédé de "n°"
et les recommandations importantes)

actes en rapport avec une ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers

non

X

oui

date

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 : 07/04/2005)

date des soins	code des actes	code de la commune de la demande	montant des honoraires facturés	base de déplacement
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 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