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 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

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 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	Dents	Codes des modificateurs	Montant des honoraires	Dep.	Part de l'assuré(e)	
						Base	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 euros (0+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 le(s) acte(s) ci-dessus

Signature de l'assuré(e)

Impossibilité de signer X

FSDSTO 02-2014 S3153c

IMPRIMERIE CCSTE 07200 AUBENAS