



# feuille de soins bucco-dentaires

numéro de facture (facultatif)

N° 11104\*03

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

date J J M M A A A A

**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

J J M M A A A A

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****DR GLEIZAL ALAIN**

19 CHIRURGIEN-DENTISTE

CONVENTIONNE

PRATICIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

**IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE****AV PAUL SIRVENT****ESPACE ETOILE****13380 PLAN DE CUQUES****=> 13 4 02750 7 00 1 20 1 19 n°AM**dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé**CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES ACTES****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 "\*" et les recommandations importantes)actes en rapport avec une ALD action de prévention autre 

accident causé par un tiers

non oui 

date

J J M M A A A A

**AT/MP**

numéro

ou

date

J J M M A A A A

(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 : J J M M A A A A )

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS V, VS	autres actes (TO,...) - éléments de tarification CCAM (modificateurs, association,...)	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ② M.D.	nbre	I.K. montant ③
J J M M A A A A									
localisation anatomique									
J J M M A A A A									
localisation anatomique									
J J M M A A A A									
localisation anatomique									
J J M M A A A A									
localisation anatomique									

**PAIEMENT****MONTANT TOTAL**  
en euros (1+2+3)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