



# 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****IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE****DR GLEIZAL ALAIN**

19 CHIRURGIEN-DENTISTE

CONVENTIONNE

**AV PAUL SIRVENT****ESPACE ETOILE****13380 PLAN DE CUQUES****=> 13 4 02750 7 00 1 20 1 19 n°AM****PRATICIEN REMPLACANT**

nom et prénom

identifiant

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 AAT/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<br>V, VS | autres actes (TO,...) -<br>éléments de tarification CCAM<br>(modificateurs, association,...) | montant des honoraires facturés ① | dépass. | frais de déplacement |      |                   |
|---------------------------|-----------------|-----------|----------------|--|-----------------------------------|---------|----------------------|------|-------------------|
|                           |                 |           |                |  |                                   |         | I.D. ②<br>M.D.       | nbre | I.K.<br>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