

## 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)

date 01/08/2025

## 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 - si

numéro d'immatriculation

date de naissance

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)

17 rue pau-casals 92100 BOULOGNE BILLANCOURT

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

## IDENTIFICATION DU PRATICIEN

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

En qualité de membre d'une  
association de gestion agréée,  
règlement des honoraires par  
chèque est accepté.

CONVENTIONNE

## PRATICIEN REMPLACANT

=&gt;

nom et prénom

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 en rapport avec une ALD

action de prévention

autre

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

accident causé par un tiers

non

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 EFFECTUÉS

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : )

dates des actes	codes des actes	C-CC V-V	autres actes (TO...) éléments de tarification CCAMI (modificateurs, association...)	montant des honoraires facturés	frais de déplacement
01/08/2025	CD			23,00 €	

localisation anatomique

localisation anatomique

localisation anatomique

localisation anatomique

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros (1+2+3)

23,00 €

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 actes

signature de l'assuré(e)

impossibilité de signer