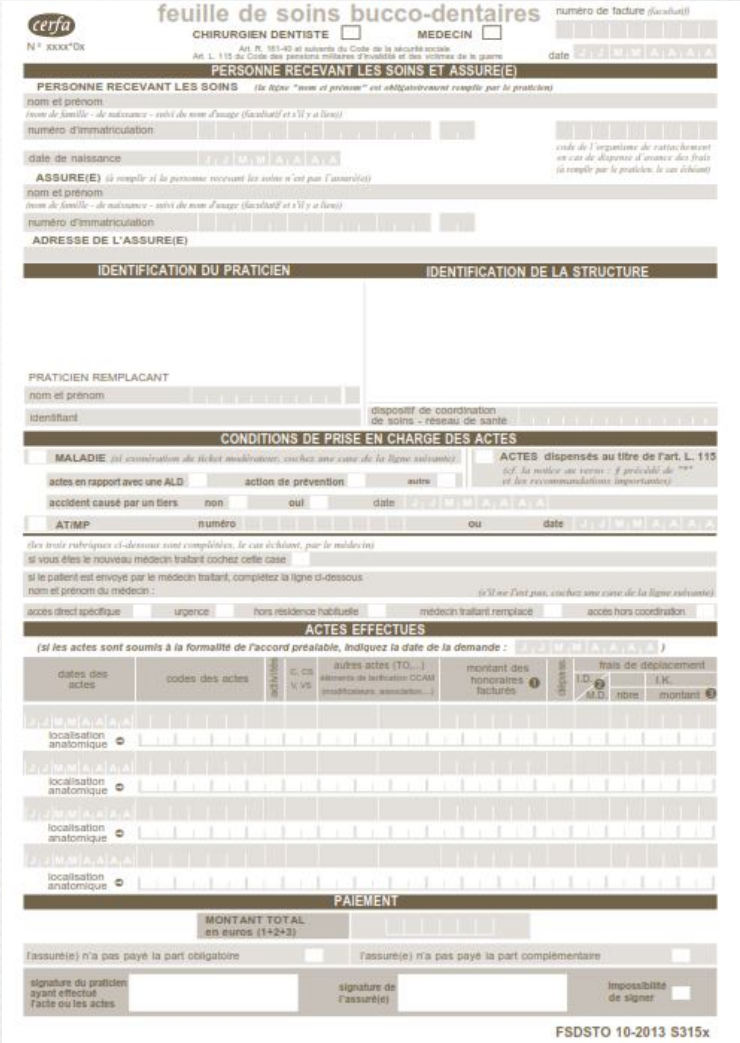
Feuille de soins

- Nouvelle feuille de soins



cerfa

N° xxxx*0x

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 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

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 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

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, 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
nom et prénom du médecin : (s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

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	actes/lettres	c, cs, v, vs	autres actes (TO,...) éléments de tarification CCAM (modificateurs, association,...)	montant des honoraires facturés	dispense	frais de déplacement I.D. / M.D.	nbre	I.K. montant
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 actes

signature de l'assuré(e)

impossibilité de signer ☐

FSDSTO 10-2013 S315x

Feuille de soins

cerfa

N° xxxx*0x

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 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**

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 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 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, 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
nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique ☐ urgence ☐ hors résidence habituelle ☐ médecin traitant remplacé ☐ accès hors coordination ☐

Feuille de soins

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 ❶	dépass.	frais de déplacement I.D. ❷ / M.D.	nbre	I.K. montant ❸
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

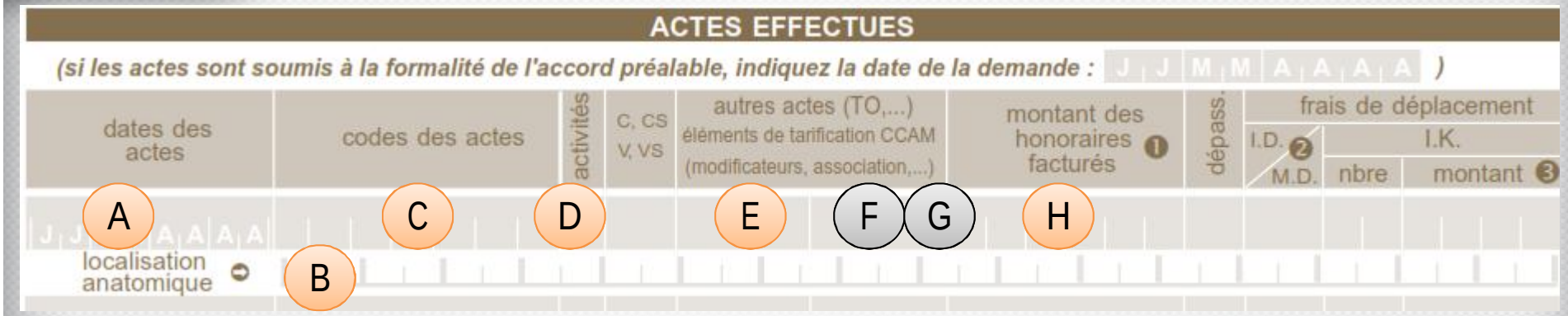
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	

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 actes | signature de l'assuré(e) | impossibilité de signer ☐

FSDSTO 10-2013 S315x

Feuille de soins



A **date** de réalisation de l'acte
B **numéro** des dents concernées, ou **sextant** ou **arcade**
C code de **l'acte** (7 caractères)
D code **activité** (1 si dentiste seul intervenant , 4 si anesthésie par médecin)
E **Modificateurs** (4 possibles et association)
E code **Association** (valeurs 1,2,4)
F Remboursement exceptionnel
G ~~Code pour Supplément de charges en cabinet~~
H Montant de l'honoraire

Feuille de soins

- Acte NGAP et CCAM
  - Consultation
  - Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade

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 ❶	dépass.	frais de déplacement I.D. ❷ / M.D.	nbre	I.K. montant ❸
11/09/2014			C		23,00				
localisation anatomique									
18/09/2014	HBGD037	1			25,08				
localisation anatomique	75 85								
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)	48,08

Feuille de soins

- Soins d'un enfant de 12 ans
  - Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade
  - Restauration prémolaire 1 face 19,28€ + 3,02€ = 22,30€
  - Radiographie diagnostique rétroalvéolaire

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 ❶	dépass.	frais de déplacement I.D. ❷ / M.D.	nbre	I.K. montant ❸
11/09/2014	HBGD037	1			4	25,08				
localisation anatomique ➔	75 85									
11/09/2014	HBMD053	1		N	4	22,30				
localisation anatomique ➔	14									
11/09/2014	HBQK389	1			4	7,98				
localisation anatomique ➔	14									
J J M M A A A A										
localisation anatomique ➔										

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	55,36

Feuille de soins

- Soins d'un enfant de 12 ans
  - Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade
  - Restauration prémolaire 1 face 19,28€ + 3,02€ = 22,30€
  - Radiographie diagnostique rétroalvéolaire

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 ❶	dépass.	frais de déplacement I.D. ❷ / M.D.	nbre	I.K. montant ❸
11/09/2014	HBGD037	1			4	25,08				
localisation anatomique ➔	75 85									
11/09/2014	HBMD053	1		N	4	22,30				
localisation anatomique ➔	14									
11/09/2014	HBQK389	1			4	7,98				
localisation anatomique ➔	14									
J J M M A A A A										
localisation anatomique ➔										

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	55,36

Feuille de soins

- Actes en série
  - Avulsion de 10 dents définitives sans alvéolectomie
  - Radiographies diagnostique rétroalvéolaires 4 secteurs ≠

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 ❶	dépass.	frais de déplacement I.D. ❷ / M.D.	nbre	I.K. montant ❸
11/09/2014	HBGD064	1		4	183,92				
localisation anatomique	07 14 34 35 26								
11/09/2014	HBQK443	1		4	31,92				
localisation anatomique	14 26 11 34								
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)	215,84

Feuille de soins

- Acte d'orthodontie
  - Facturation d'un semestre

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 ❶	dépass.	frais de déplacement I.D. ❷ / M.D.	nbre	I.K. montant ❸
11/09/2014				TO 90	700,00				
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)	700,00