



# mémo feuilles de soins bucco-dentaires

## Chirurgiens Dentistes

recommandations pour le remplissage

Avril 2014

**cerfa** **feuille de soins bucco-dentaires** numéro de facture (facultatif) **1 2 3 4 5 6 7 8 9**

**CHIRURGIEN DENTISTE**  **MEDECIN**  **N° 11104\*03**

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

**PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)** date J J M M A A J J A A

**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 **2 8 5 0 5 0 5 0 5 0 5 7 7**

date de naissance **1 0 0 5 1 9 8 5**

**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**

Monsieur Nom Prénom  
19 chirurgien dentiste  
N° RPPS  
=> 10000123454

Centre dentaire  
rue de la couronne  
76999 Ville  
=> 76 4 12345 1 00 1 20 0 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 "8" 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 J J A A

**AT/MP** numéro ou date J J M M A A J J 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 J J 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	I.K. M.D. nbre montant ③
0 4 0 6 2 0 1 4	H B L D 0 3 6 1				107,50			
	localisation anatomique ④ 1 1							
0 4 0 6 2 0 1 4				FDC	267,50			
	localisation anatomique ④							
J J M M A A A A								
	localisation anatomique ④							
J J M M A A A A								
	localisation anatomique ④							

**PAIEMENT**

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) **3 7 5,0 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 l'acte ou les actes **Signature OBLIGATOIRE** signature de l'assuré(e) **Signature OBLIGATOIRE** impossibilité de signer

FSDSTO 02-2014 S3153c

Cette zone est pré-identifiée par l'imprimeur.

Cette zone n'est pas utilisée.

Exemple forfait CMUC.

Veiller à bien paramétrer l'impression.  
**Un dézonage («croix» imprimée hors de la case) peut engendrer des erreurs de destinataire de règlement.**

. Si l'assuré règle la facture, aucune case n'est cochée.

. Si l'assuré ne règle pas la facture, cocher uniquement la case «l'assuré n'a pas réglé la part obligatoire».

. Si l'assuré est bénéficiaire de la CMUC ou de l'AME et qu'il n'a pas réglé la facture, cocher les 2 cases.

**NOTA**  
Les cachets et la signature ne doivent pas déborder de la case «signature du praticien» et renseigner à tort la case «part obligatoire».

**PRÉCONISATIONS GÉNÉRALES :**

- > utiliser de l'ARIAL 10
- > PAS de séparateur dans les dates ni d'espace entre les chiffres