



feuille de soins bucco-dentaires

numéro de facture (facultatif)

N° xxxx*0x

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

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)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

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 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 (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

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins bucco-dentaires

Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)**

- **Si vous ne payez pas votre praticien**, celui-ci remplit l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne, y compris le code de l'organisme de rattachement.
- **Si vous payez votre praticien**, celui-ci indique uniquement vos nom et prénom, selon vos indications, ou en reprenant les informations contenues dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.
Les autres lignes de cette rubrique sont à compléter par vous-même (le code de l'organisme de rattachement ne doit pas être indiqué dans ce cas) :
 - si vous êtes **la personne recevant les soins** et aussi **l'assuré(e)**, inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (il est indiqué sur votre carte Vitale et sur l'attestation papier qui l'accompagne),
 - si vous êtes **la personne recevant les soins** mais pas **l'assuré(e)**, écrivez :
 - votre **numéro d'immatriculation**,
 - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
 - votre **date de naissance**,
 - le **nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e)** et son **numéro d'immatriculation**,
 - complétez enfin cette rubrique en indiquant votre adresse.

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à remplir par votre praticien. Vous pouvez l'aider en lui apportant les informations vous concernant.

- Si l'acte qu'il effectue est en rapport avec l'affection de longue durée (ALD), il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- * • Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser en cochant la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont liés à un accident causé par une personne autre que vous-même, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements, recueillis sous votre responsabilité, doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à votre accident auprès de l'assureur de la personne ayant causé cet accident.
- Si vos soins sont liés à un accident du travail, ou à une maladie professionnelle, présentez à votre praticien la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

Recommandations importantes :

Prévenez votre organisme d'assurance maladie à l'occasion d'un **changement intervenant dans votre situation**, comme, par exemple en cas de :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : envoyez-lui votre nouveau relevé d'identité de compte,
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations. Votre ancien organisme d'assurance maladie peut vous aider dans cette démarche,
- **changement d'adresse**.

* **Si votre praticien a coché la case "ACTES dispensés au titre de l'article L. 115", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).**

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1, 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration de changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir le versement de prestations indues peuvent faire l'objet d'une pénalité financière (art. L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.