

(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 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.	I.K. nbre montant ③
04122014	HBFD008	1			8194			
J J M M A A A A	3 6							
localisation anatomique								
04122014	HBQK303	1		*	1596			
J J M M A A A A	3 6							
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 9 7 9 0

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins bucco-dentaires

N° 11104-03

