

## Mémo feuille de soins – DENTISTE

Recommandations pour le remplissage – Décembre 2017



### Veillez à bien respecter les zones de remplissage

Attention à bien paramétrer votre imprimante. Les croix de cases à cocher doivent être dans la zone blanche. Un dézonage (croix imprimée hors de la case) peut engendrer des erreurs de destinataire du paiement.

Pour le remplissage manuel, écrire lisiblement avec un stylo bille à encre bleue ou noire.

### Recommandations

#### Identification du patient :

- Noter systématiquement le Numéro d'immatriculation de l'assuré.
- Si le patient n'est pas l'assuré, indiquer sa date de naissance.

#### Identification du praticien :

- En cas de remplaçant : ne plus barrer le nom du titulaire
- Reporter uniquement les nom et prénom du remplaçant

#### Conditions de prise en charge des actes :

- Préciser la nature de l'assurance (cases à cocher maladie, maternité ou AT)
- Pour les patients de plus de 16 ans l'indication du parcours de soins est obligatoire

#### Actes effectués :

- La date doit être libellée en numérique (ni point, ni slash)
  - Pour les codes actes : distinguer l'acte, la localisation et le forfait PBS. Les montants ne doivent pas être globalisés > positionnement sur 3 lignes distinctes
- Attention : 4 dates maximum par FSP soit 8 lignes au total

#### Paiement :

Destinataire du paiement, 3 cas :

- l'assuré a fait l'avance des frais (RO + RC) : ne rien cocher
- l'assuré a payé la part complémentaire : cocher la case de gauche
- l'assuré n'a rien payé : cocher les deux cases (en cas de mémoire Tiers Payant, toutes les feuilles de soins doivent être cochées).

**Votre signature et celle de votre patient sont obligatoires** (hors cas exceptionnels d'impossibilité de signer pour le patient).

Nous vous rappelons que les feuilles de soins ne respectant pas les consignes de remplissage ne peuvent pas être traitées par nos services et feront donc l'objet d'un retour systématique.

Le Service Prescripteurs Transporteurs reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Vous pouvez nous contacter par mail : [pntp@cgss.re](mailto:pntp@cgss.re)



**feuille de soins bucco-dentaires** nombre de facture (si utile)

**CHIRURGIEN DENTISTE**  **MEDECIN**

N° 11104°93 Date

**PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)**

**PERSONNE RECEVANT LES SOINS** de l'âge "sans se préoccuper" en obligatoirement remplir par le praticien

nom et prénom  
 (nom de famille - de naissance - suivi de son d'usage (patronym) et / ou s de famille)

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 de son d'usage (patronym) et / ou s de famille)

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 association de l'acte médicalisé, cocher une case de la ligne suivante)

actes en rapport avec une ALD  action de prévention  autre

accident causé par un tiers  non  oui  date

**ACTES** dispensés au titre de l'art. L. 115 (cf. le motif au verso - à privilégier de 1<sup>er</sup> et les recommandations techniques)

**ATMP**  oui  non  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, compléter la ligne ci-dessous (X) si l'est pas, cocher une case de la ligne suivante)

nom et prénom du médecin

accusé réception  urgence  hors résidence habituelle  médecin traitant remplacé  accès hors coordonnées

---

**ACTES EFFECTUES**

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

type des actes	coche les actes	code CCAM	code activité (10)	montant des honoraires (CCAM)	montant des honoraires (actuels)	dispositif	statut de l'acte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

localisation anatomique  **A**  **B**  **C**  **D**  **E**  **F**  **G**

---

**PAIEMENT**

**MONTANT TOTAL des actes facturés**

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  signature de l'assuré(e)  responsable de soins

FSDSTO 02-2014/63153c

Nom et prénom du patient

Immatriculation de l'assuré

Date de naissance

Identité de l'assuré

Pour les remplaçants :  
il n'est plus nécessaire de barrer les identifiants pré-remplis

Vous devez indiquer les nom et prénom du remplaçant

Veillez à bien indiquer les conditions de prise en charge selon la situation de votre patient

Actes multiples : 4 dates maximum

CMU : le forfait doit être facturé sur la ligne suivant l'acte

- A : Date de réalisation de l'acte (numérique sans point ni slash)
- B : code de l'acte (CCAM)
- C : n° des dents concernées, ou sextant, ou arcade
- D : code d'activité
- E : modificateurs (4 possibles)
- F : code association
- G : montant des honoraires

Montant total des actes facturés

N'oubliez pas les différentes signatures (sans déborder des cases)

Les coches déterminent le destinataire du remboursement