

Feuille de Soins dentaires (1/2)

	Information	Obligatoire	Facultative
Nature de la demande	Nature de la demande		
	* EP	*	
	* Exécution		
Partie réservée à l'assuré	Nom et Prénom	*	
	N° Immatriculation	*	
	N° de la carte d'Identité Nationale		*
	Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré		
	* Conjoint	*	
	* Enfant		
	Adresse		*
	Montant des frais	*	
	Nombre de pièces jointes	*	
Déclaration du Chirurgien Dentiste	Nom et Prénom du bénéficiaire de soins	*	
	Date de naissance	*	
	N° de la CIN		*
	Sexe		*
Identification du médecin traitant	N° INP du médecin traitant		*
Type de soin	Type de soin (à cocher)		
	Soins	*	
	Prothèse		
	Orthodontie faciale		
	Autres		
	N° Entente Préalable		*
	Date d'Accident	*	
	Causes et circonstances de l'Accident	*	
Déclaration d'exactitude des informations (Assuré)	Date (fait le, à remplir par l'assuré)		*
	Lieu (fait à, à remplir par l'assuré)		*
	Signature de l'assuré	*	
Déclaration de sincérité des informations (médecin ou établissement de soins)	Date (fait le, à remplir par médecin traitant ou l'établissement de soins)		*
	Lieu (fait à, à remplir par le médecin traitant ou l'établissement de soins)		*
	Cachet du médecin traitant ou de l'établissement de soins	*	
	Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins	*	

Feuille de Soins dentaires (2/2)

	Information	Obligatoire	Facultative
Description des ordonnances	Date d'exécution	*	
	Prix facturé	*	
	Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	*	
	Signature du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	*	
	N° INP du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		*
Actes de Biologie, radiologie et Imagerie	Date des actes	*	
	Codes des actes		*
	Lettre clé + Cotation NGAP	*	
	Valeur clé		*
	Montant facturé /FS et la facture du Radiologue ou Biologiste	*	
	Cachet du Radiologue ou Biologiste	*	
	Signature et cachet du Radiologue ou Biologiste	*	
	N° INP du Radiologue ou Biologiste		*
Actes Paramédicaux	Date des actes	*	
	Code des actes		*
	Lettre clé+ Cotation NGAP	*	
	Valeur clé		*
	Montant facturé	*	
	Cachet du Paramédical	*	
	Signature du Paramédical	*	
	N° INP du Paramédical		*
Description des actes effectués	Dents traitées	*	
	Code des actes (cliches en cas de traitement canalaire ou extractions multiples)		*
	Date des actes	*	
	Lettre clé + Cotation NGAP	*	
	Valeur clé		*
	Montant facturé	*	
	Cachet du Chirurgien Dentiste	*	
	Signature du Chirurgien Dentiste	*	
	N° INP du Chirurgien Dentiste		*
	ODF/ photos justifiant le traitement/ facture précisant le semestre	*	
	ODF/ Précisant semestre sur la feuille de soins		
	Schéma	*	