

Feuille de soins

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		
J J A A A A		C C C C C C C		D	E	F	G	H		I.D. ②	M.D.	I.K. nbre montant ③	
localisation anatomique													
A		B		C	D	E	F	G	H				

- A** date de réalisation de l'acte
- B** numéro des dents concernées, ou **sextant** ou **arcade**
- C** code de l'**acte** (7 caractères)
- D** code **activité** (1 si dentiste seul intervenant , 4 si anesthésie par médecin)
- E** **Modificateurs** (4 possibles)
 - F** Remboursement exceptionnel
 - G** Code pour Supplément de charges en cabinet
- H** Montant de l'honoraire