

M ROBERT ESKENAZI
0078 BD MIREILLE LAUZE
SELARL
13010 MARSEILLE

Identifiant 134020551

Téléphone 36.08

Fax

Date 24/03/2026

Suivi par votre correspondant

Objet Réclamation de lots manquants

Madame, Monsieur,

Vous nous avez télétransmis un ou plusieurs flux dont voici le détail :

Lot N°	Nb facture	Non sécurisé	Transmis le	Payé le	Montant
663	1	☒	18/02/2026	20/02/2026	26,03 €
TOTAL					26,03 €

Nous vous avons réclamé les pièces justificatives de ce(s) règlement(s), et sauf erreur de notre part, elle ne nous sont pas parvenues.

Sans dépôt de ces documents avant le 08/04/2026, la somme réglée fera l'objet d'un indu à votre rencontre.

Pour toute explication complémentaire ou observation, vous pouvez contacter votre correspondant habituel, en charge du dossier.

Rappel : Toute pièce justificative transmise au format papier doit **obligatoirement** comporter la mention "Télétransmission" en plus des n° de facture et n° de lot.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.



feuille de soins bucco-dentaires

CHIRURGIEN DENTISTE ☒

MEDECIN ☐

N° 11104*03

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

numéro de facture (facultatif)

1 6 5 4

date 1 7 0 2 2 0 2 6

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le praticien)

DJAOUTI BAYA

nom et prénom

(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

2 5 4 0 5 9 9 3 5 5 1 8 5 2 5

0 1 1 3 1 0 2 3 1

date de naissance

1 3 0 5 1 9 5 4

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le praticien, le cas échéant)

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)

IDENTIFICATION DU PRATICIEN

DR ESKENAZI ROBERT

19 CHIRURGIEN-DENTISTE

CONVENTIONNE

PRATICIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

78 BD MIREILLE LAUZE

SELARL

13010 MARSEILLE

=> 13 4 02055 1 00 1 20 1 19 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES ACTES

X

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 "n°"
et les recommandations importantes)

accident causé par un tiers

non X

oui

date

AT/MP

numéro

ou

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, 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 :)

17022026 HBJ D 0 0 1 1

1

28,92

localisation
anatomique

0 1

17022026 HBJ D 0 0 1 1

2

14,46

localisation
anatomique

0 2

localisation
anatomique

localisation
anatomique

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

4 3,3 8

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

X

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du praticien
ayant effectué
l'acte ou les actes

signature de
l'assuré(e)

impossibilité
de signer

Cartouche
Numéro ADELI

Bordereau de Lots

Le lundi 30 mars 2026

LOT N° 663 - Tiers payant - Praticien: 10001379451 - contient 1 FSE - Montant total du lot **43,38€**

Envoi: SV140800/00000134020551/2026021811390100001/00012

CRF FSE: TP0000013402055101ER131R062007 (Type TP Emetteur 00000134020551 Régime 01 Norme ER Dest 131)

Docteur ESKENAZI ROBERT

17/02/2026 **DJAOUTI BAYA** (FSE N° 1654 - lot 663) **TP Ass maladie /Dégradé**

2540599355185 - 25

-> 17/02/2026 HBJD001 **28,92€**

-> 17/02/2026 HBJD001 **14,46€**

Total FSE: 43,38€
