

SELARL CHIRURGIENS-DENTISTES
BOULEVARD L
78, Boulevard Mireille Lauze
13010 MARSEILLE
Téléphone 1 : 0491798582
Téléphone 2 :

Facture
Facture n°51526
Du 12/01/2024

Identification du PS :

ROBERT ESKENAZI EI - N° d'identification : 13402055 1

Bénéficiaire :

SABRINA FEKRAOUI - Né(e) le : 06/05/1980 (rang gémellaire : 1)

N° IPP : 0011457

Adresse :

Assuré :

SABRINA FEKRAOUI - NIR : 2800538185037 20

Centre payeur :

Régime : 8 ; Caisse : 835 ; Centre : 300 ; Destinataire : 835 ; Centre informatique : 0

Prestations :

Détails :

- 06/12/2023	HBLD680 (Dent : *11*) : 500.00 €
- 06/12/2023	HBLD680 (Dent : *12*) : 500.00 €
- 06/12/2023	HBLD680 (Dent : *21*) : 500.00 €
- 06/12/2023	HBLD680 (Dent : *22*) : 500.00 €

Total des honoraires :	2000.00 €
dont participation AMO :	00.00 €
dont participation AMC :	00.00 €

A payer par l'assuré :	2000.00
	€

BORDEREAU IRIS

Nom Interne du Fichier : F12503
 Emetteur: TP00000134020551
 Type destinataire : CM
 Régime : 08
 Centre informatique : 000
 Id complémentaire : 835
 Adresse :

Cachet et signature du professionnel de santé
 ESKENAZI ROBERT
A 10001379451 F 134020551
 78, Boulevard Mireille Lauze
 13010 MARSEILLE

Nb de Lot : 1

LOT : 247 **nb de FSE : 1** date de création : 12/01/2024 org. destinataire : 835 dégradé : oui

FSE : 000051526 Caisse : 835 Centre : 0300

Date : 12/01/2024 Prescription : Prescripteur : Tiers payant : non

Numéro d'immatriculation de l'assuré : 280053818503720

Patient : FEKRAOUI SABRINA Date naissance : 06/05/1980 Rang naissance : 1

Assurance : N° AMC : Type contrat :

<u>Date</u>	<u>Cotation</u>	<u>Honoraires</u>	<u>Base R.</u>	<u>Prix Unit.</u>	<u>Taux</u>	<u>Mtt AMO</u>	<u>Mtt AMC</u>	<u>Exo.</u>
06/12/2023	1 PF0 - HBLD680 1,00	500,00	120,00	120,00	100%	120,00	0,00	
06/12/2023	1 PF0 - HBLD680 1,00	500,00	120,00	120,00	100%	120,00	0,00	
06/12/2023	1 PF0 - HBLD680 1,00	500,00	120,00	120,00	100%	120,00	0,00	
06/12/2023	1 PF0 - HBLD680 1,00	500,00	120,00	120,00	100%	120,00	0,00	
TOTAL :		2000,00	480,00			480,00	0,00	
TOTAL DU LOT :		2000,00	480,00			480,00	0,00	

N° 11104*03

CHIRURGIEN DENTISTE ☒

MEDECIN ☐

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

date 0 0 5 1 5 2 6

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

1 2 0 1 2 0 2 4

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

nom et prénom

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

numéro d'immatriculation

FEKRAOUI SABRINA

date de naissance

ASSURE(E) (à remplir si la personne reçoit des soins en tant qu'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

FEKRAOUI SABRINA

ADRESSE DE L'ASSURE(E) 2 8 0 0 5 3 8 1 8 5 0 3 7 2 0

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le praticien, le cas échéant)
0 8 8 3 5 0 3 0 0

IDENTIFICATION DU PRATICIEN

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

DR ESKENAZI ROBERT

19 CHIRURGIEN-DENTISTE

78 BD MIREILLE LAUZE

SELARL

CONVENTIONNE

13010 MARSEILLE

PRATICIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

=> 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

☒ MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

ACTES dispensés au titre de l'art. L. 115
(cf. la notice au verso : § précédé de "A"
et les recommandations importantes)

actes en rapport avec une ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers

non ☒

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 :)

dates des actes	codes des actes	actes	autres actes (TO...)	montant des honoraires facturés	montant des frais de déplacement

0 6 1 2 2 0 2 3 H B L D 6 8 0 1 4 5 0 0,0 0 X

localisation anatomique 1 1

0 6 1 2 2 0 2 3 H B L D 6 8 0 1 4 5 0 0,0 0 X

localisation anatomique 1 2

0 6 1 2 2 0 2 3 H B L D 6 8 0 1 4 5 0 0,0 0 X

localisation anatomique 2 1

0 6 1 2 2 0 2 3 H B L D 6 8 0 1 4 5 0 0,0 0 X

localisation anatomique 2 2

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

2 0 0 0,0 0

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

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

signature de praticien
avant effectuation
l'acte ou les actes

signature de
l'assuré(e)

imposé X
de signer