Docteur Robert ESKENAZI
SELARL de Chirurgiens dentistes
78 Bd Mireille Lauze
13010 Marseille
04-91-79-85-82
N° FINESS 134020551

FEKRAOUI SABRINA
28 AV RAYMOND BERGOUGNAN
63100 CLERMONT FERRAND
Date de naissance: 1980-05-06
N° sécu.: 280053818503720
Mutuelle: MCEN MUT

marseille le 05 Septembre 2024

Facture acquittée dans sa totalité par M SABRINA FEKRAOUI pour ses soins dentaires dont vous trouverez le détail ci-dessous.

Cette facture comprend le paiement par le/la patient(e) du remboursement de la sécurité sociale, remboursement de la mutuelle et celui du reste à charge. Par conséquent, sur présentation de cette facture acquittée, votre assuré(e) attend le remboursement des frais garantis par sa complémentaire santé.

DENT	CODE	DESCRIPTION	MAT.	PANIER	PRIX	BASE	S.S.	MUT.	R.A.C.
11	HBLD680	1-2-3-4 Couronne E-max	emax	R.0	500,00	120,00	90,00	428	-18,00
12	HBLD680	1-2-3-4 Couronne E-max	emax	R.0	500,00	120,00	90,00	428	-18,00
21	HBLD680	1-2-3-4 Couronne E-max	emax	R.0	500,00	120,00	90,00	428	-18,00
22	HBLD680	1-2-3-4 Couronne E-max	emax	R.0	500,00	120,00	90,00	428	-18,00
11	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	60,00	10,00	7,50	54	-1,50
12	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	60,00	10,00	7,50	54	-1,50
21	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	60,00	10,00	7,50	54	-1,50
22	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	60,00	10,00	7,50	54	-1,50
11	HBGD027	Ablation d'une prothèse dent	emax	H.L.	40,20	0,00	0,00	0	40,20
12	HBGD027	Ablation d'une prothèse dent	emax	H.L.	40,20	0,00	0,00	0	40,20
21	HBGD027	Ablation d'une prothèse dent	emax	H.L.	40,20	0,00	0,00	0	40,20
22	HBGD027	Ablation d'une prothèse dent	emax	H.L.	40,20	0,00	0,00	0	40,20
				Total:	2 400,80	520,00	390,00	1 928,00	82,80

SELARL DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREILLE LAUZE
78, Bd Mireille Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 04 91 79 85 82
477 882 605 R.C.S. Marseille

Caisse de Ret.et Prev. Clercs et Emp. Notaires
5, bis rue de Madrid
75395 Paris

BORDEREAU IRIS

Nom Interne du Fichier :	F12686
Emetteur:	TP00000134020551
Type destinataire :	CE
Régime :	10
Centre informatique :	000
Id complémentaire :	980
Adresse :	5, bis rue de Madrid 75395 Paris

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

13010 MARSEILLE

Nb de Lot : 1

LOT : 571 **nb de FSE : 1** date de création : 24/06/2024 org. destinataire : 980 dégradé : oui

FSE : 000052693 Caisse : 980 Centre : 2101 (Caisse de Ret.et Prev. Clercs et

Date : 24/06/2024 Prescription : Prescripteur : Tiers payant : oui

Numéro d'immatriculation de l'assuré : 280053818503720

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

Assurance : 10 N° AMC : Type contrat :

Date	Cotation	Honoraires	Base R.	Prix Unit.	Taux	Mtt AMO	Mtt AMC	Exo.
24/06/2024	1 CT0 - HBLD490 1,00	60,00	10,00	10,00	75%	7,50	0,00	0
24/06/2024	1 CT0 - HBLD490 1,00	60,00	10,00	10,00	75%	7,50	0,00	0
24/06/2024	1 CT0 - HBLD490 1,00	60,00	10,00	10,00	75%	7,50	0,00	0
24/06/2024	1 CT0 - HBLD490 1,00	60,00	10,00	10,00	75%	7,50	0,00	0
	TOTAL :	**240,00**	**40,00**			**30,00**	**0,00**	
	TOTAL DU LOT :	**240,00**	**40,00**			**30,00**	**0,00**	

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 :

Date	Cotation	Honoraires	Base R.	Prix Unit.	Taux	Mtt AMO	Mtt AMC	Exo.
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**	

Caisse de Ret.et Prev. Clercs et Emp. Notaires
5, bis rue de Madrid
75395 Paris

BORDEREAU IRIS

Nom Interne du Fichier :	F12709
Emetteur:	TP00000134020551
Type destinataire :	CE
Régime :	10
Centre informatique :	000
Id complémentaire :	980
Adresse :	5, bis rue de Madrid 75395 Paris

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

13010 MARSEILLE

Nb de Lot : 1

LOT : 615 **nb de FSE : 1** date de création : 11/07/2024 org. destinataire : 980 dégradé : non

FSE : 000052830 Caisse : 980 Centre : 2101 (Caisse de Ret.et Prev. Clercs et

Date : 11/07/2024 Prescription : Prescripteur : Tiers payant : non

Numéro d'immatriculation de l'assuré : 280053818503720

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

Assurance : 10 N° AMC : Type contrat :

Date	Cotation	Honoraires	Base R.	Prix Unit.	Taux	Mtt AMO	Mtt AMC	Exo.
11/07/2024	1 AXI - HBJD001 1,00	28,92	28,92	28,92	75%	21,69	0,00	0
	TOTAL :	**28,92**	**28,92**			**21,69**	**0,00**	
	TOTAL DU LOT :	**28,92**	**28,92**			**21,69**	**0,00**	

Caisse de Ret.et Prev. Clercs et Emp. Notaires
5, bis rue de Madrid
75395 Paris

BORDEREAU IRIS

Nom Interne du Fichier :	F12504
Emetteur:	TP00000134020551
Type destinataire :	CE
Régime :	10
Centre informatique :	000
Id complémentaire :	980
Adresse :	5, bis rue de Madrid 75395 Paris

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

13010 MARSEILLE

Nb de Lot : 1

LOT : 248 **nb de FSE : 2** date de création : 12/01/2024 org. destinataire : 980 dégradé : oui

FSE : 000051529 Caisse : 980 Centre : 2101 (Caisse de Ret.et Prev. Clercs et

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

Numéro d'immatriculation de l'assuré : 280053818503720

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

Assurance : 10 N° AMC : Type contrat :

Date	Cotation	Honoraires	Base R.	Prix Unit.	Taux	Mtt AMO	Mtt AMC	Exo.
17/11/2023	1 AID - HBQK002 1,00	20,00	20,00	20,00	75%	15,00	0,00	0
17/11/2023	1 END - HBFD001 1,00	47,00	47,00	47,00	100%	47,00	0,00	3
17/11/2023	1 END - HBFD001 1,00	47,00	47,00	47,00	75%	35,25	0,00	0
17/11/2023	1 END - HBFD001 1,00	47,00	47,00	47,00	75%	35,25	0,00	0
17/11/2023	1 END - HBFD001 1,00	47,00	47,00	47,00	75%	35,25	0,00	0
17/11/2023	1 SDE - HBMD042 1,00	100,00	100,00	100,00	75%	75,00	0,00	0
17/11/2023	1 SDE - HBMD042 1,00	100,00	100,00	100,00	75%	75,00	0,00	0
17/11/2023	1 SDE - HBMD042 1,00	100,00	100,00	100,00	75%	75,00	0,00	0
17/11/2023	1 SDE - HBMD042 1,00	100,00	100,00	100,00	75%	75,00	0,00	0
17/11/2023	1 AID - HBQK389 1,00	7,98	7,98	7,98	75%	5,99	0,00	0
	TOTAL :	**615,98**	**615,98**			**473,74**	**0,00**	

FSE : 000051531 Caisse : 980 Centre : 2101 (Caisse de Ret.et Prev. Clercs et

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

Numéro d'immatriculation de l'assuré : 280053818503720

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

Assurance : 10 N° AMC : Type contrat :

Date	Cotation	Honoraires	Base R.	Prix Unit.	Taux	Mtt AMO	Mtt AMC	Exo.
05/12/2023	1 AXI - HBJD001 1,00	28,92	28,92	28,92	75%	21,69	0,00	0
	TOTAL :	**28,92**	**28,92**			**21,69**	**0,00**	

TOTAL DU LOT :	**644,90**	**644,90**	**495,43**	**0,00**

cerfa

N° 11104*03

feuille de soins bucco-dentaires

CHIRURGIEN DENTISTE [X] 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

numéro de facture *(facultatif)* 0 0 0 0 5 1 5 2 9

date 1 2 0 1 2 0 2 4

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

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

nom et prénom F E K R A O U I S A B R I N A
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

1 0 9 8 0 2 1 0 1
code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le praticien, le cas échéant)

date de naissance 0 6 0 5 1 9 8 0

ASSURE(E) *(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))*

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

numéro d'immatriculation 2 8 0 0 5 3 8 1 8 5 0 3 7 2 0

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

APPARTEMENT 41 BATIMENT B 28 AV RAYMOND BERGOUGNAN 63100 CLERMONT FI

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

accident causé par un tiers non X | oui | date

AT/MP | numéro | ou | date

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

(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 :)

Date de soins	Code des actes	Quantité	Code des actes TO / Code des actes CCAM (avec modificateurs)	Montant des honoraires facturés	Dent	Frais de déplacement: Km	Aller retour
17112023	HBQK002	1	4	20,00			
localisation anatomique							
17112023	HBFD001	1	4	47,00			
localisation anatomique	22						
17112023	HBFD001	1	4	47,00			
localisation anatomique	21						
17112023	HBFD001	1	4	47,00			
localisation anatomique	12						

PAIEMENT

MONTANT TOTAL est égal à 161,00

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)

tout refusé de signer X

IMPRIMERIE CGSTI 07200 AUBENAS

FSDSTO 02-2014 S3153c

cerfa

N° 11104*03

feuille de soins bucco-dentaires

CHIRURGIEN DENTISTE [X] 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

numéro de facture *(facultatif)* 0 0 0 0 5 1 5 2 9

date 1 2 0 1 2 0 2 4

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

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

nom et prénom F E K R A O U I S A B R I N A
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

1 0 9 8 0 2 1 0 1
code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le praticien, le cas échéant)

date de naissance 0 6 0 5 1 9 8 0

ASSURE(E) *(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))*

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

numéro d'immatriculation 2 8 0 0 5 3 8 1 8 5 0 3 7 2 0

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

APPARTEMENT 41 BATIMENT B 28 AV RAYMOND BERGOUGNAN 63100 CLERMONT FI

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

accident causé par un tiers non X | oui | date

AT/MP | numéro | ou | date

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

(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 :)

actes liés aux actes	actes de base	coef.	prothèse : coef.	montant des honoraires facturés	coef.	taux de remboursement : P/D	base	montant
1711202 3	H B F D 0 0 1 1	4		4 7,0 0				
localisation anatomique	1 1							
1711202 3	H B M D 0 4 2 1	4		1 0 0,0 0				
localisation anatomique	1 2							
1711202 3	H B M D 0 4 2 1	4		1 0 0,0 0				
localisation anatomique	1 1							
1711202 3	H B M D 0 4 2 1	4		1 0 0,0 0				
localisation anatomique	2 2							

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (TTC)

3 4 7,0 0

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

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

cachet du praticien avant et après la liste des actes

signature de l'assuré(e)

impossibilité de signer X

FSDSTO 02-2014 S3153c

IMPRIMERIE CCSTE 87200 NUEIRAS

cerfa

N° 11104*03

feuille de soins bucco-dentaires

CHIRURGIEN DENTISTE [X] 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

numéro de facture *(facultatif)* 0 0 0 0 5 1 5 2 9

date 1 2 0 1 2 0 2 4

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

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

nom et prénom F E K R A O U I S A B R I N A
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

1 0 9 8 0 2 1 0 1
code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le praticien, le cas échéant)

date de naissance 0 6 0 5 1 9 8 0

ASSURE(E) *(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))*

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

numéro d'immatriculation 2 8 0 0 5 3 8 1 8 5 0 3 7 2 0

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

APPARTEMENT 41 BATIMENT B 28 AV RAYMOND BERGOUGNAN 63100 CLERMONT FI

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 "*" 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 :)

date des soins	codes des actes		coefficient de base ou de remboursement forfaitaire	montant des honoraires facturés		base de remboursement	taux	montant
17112023	HBMD042	1	4	100,00				
	localisation anatomique	21						
17112023	HBQK389	1	4	7,98				
	localisation anatomique	11						
	localisation anatomique							
	localisation anatomique							

PAIEMENT

MONTANT TOTAL (en chiffres et en lettres) 1 0 7,9 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 (avant entente prévue au 1 de l'article L. 162-5)

signature de l'assuré(e)

page suivante à dater X

FSDSTO 02-2014 S3153c

cerfa

N° 11104*03

feuille de soins bucco-dentaires

CHIRURGIEN DENTISTE [X] 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

numéro de facture *(facultatif)* 0 0 0 0 5 1 5 3 1

date 1 2 0 1 2 0 2 4

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

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

nom et prénom F E K R A O U I S A B R I N A
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

1 0 9 8 0 2 1 0 1
code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le praticien, le cas échéant)

date de naissance 0 6 0 5 1 9 8 0

ASSURE(E) *(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))*

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

numéro d'immatriculation 2 8 0 0 5 3 8 1 8 5 0 3 7 2 0

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

APPARTEMENT 41 BATIMENT B 28 AV RAYMOND BERGOUGNAN 63100 CLERMONT FI

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

accident causé par un tiers non X | oui | date

AT/MP | numéro | ou | date

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

(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 :)

date des soins	codes des actes			montant des honoraires facturés				
05122023	HBJD001	1		28,92				
localisation anatomique	02							
localisation anatomique								
localisation anatomique								
localisation anatomique								

PAIEMENT

MONTANT TOTAL des actes (TOCAM) 2 8,9 2

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) | tiers payant refusé X

FSDSTO 02-2014 S3153c

cerfa

N° 11104*03

feuille de soins bucco-dentaires

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

numéro de facture *(facultatif)* 0 0 0 0 5 1 5 2 9

date 1 2 0 1 2 0 2 4

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

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

nom et prénom F E K R A O U I S A B R I N A
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

1 0 9 8 0 2 1 0 1
code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le praticien, le cas échéant)

date de naissance 0 6 0 5 1 9 8 0

ASSURE(E) *(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))*

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

numéro d'immatriculation 2 8 0 0 5 3 8 1 8 5 0 3 7 2 0

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

APPARTEMENT 41 BATIMENT B 28 AV RAYMOND BERGOUGNAN 63100 CLERMONT FI

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

accident causé par un tiers non X | oui | date

AT/MP | numéro | ou | date

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

(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 :)

date des soins	codes des actes			nombre des actes		tiers payant	
17112023	HBQK002	1	4	20,00			
localisation anatomique							
17112023	HBFD001	1	4	47,00			
localisation anatomique	22						
17112023	HBFD001	1	4	47,00			
localisation anatomique	21						
17112023	HBFD001	1	4	47,00			
localisation anatomique	12						

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en lettres (1+2+3) 1 6 1,0 0

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

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

cachet du praticien ayant effectué l'acte ou les actes

signature de l'assuré(e)

impossibilité de signer X

FSDSTO 02-2014 S3153c

cerfa

N° 11104*03

feuille de soins bucco-dentaires

CHIRURGIEN DENTISTE [X] 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

numéro de facture *(facultatif)* 0 0 0 0 5 1 5 2 9

date 1 2 0 1 2 0 2 4

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

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

nom et prénom F E K R A O U I S A B R I N A
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

1 0 9 8 0 2 1 0 1
code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le praticien, le cas échéant)

date de naissance 0 6 0 5 1 9 8 0

ASSURE(E) *(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))*

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

numéro d'immatriculation 2 8 0 0 5 3 8 1 8 5 0 3 7 2 0

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

APPARTEMENT 41 BATIMENT B 28 AV RAYMOND BERGOUGNAN 63100 CLERMONT FI

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 "*" 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 :)

dents des arcades	codes des actes			coefficient	montant des honoraires facturés			
1711202	3 H B F D 0 0 1 1			4	4 7,0 0			
localisation anatomique	1 1							
1711202	3 H B M D 0 4 2 1			4	1 0 0,0 0			
localisation anatomique	1 2							
1711202	3 H B M D 0 4 2 1			4	1 0 0,0 0			
localisation anatomique	1 1							
1711202	3 H B M D 0 4 2 1			4	1 0 0,0 0			
localisation anatomique	2 2							

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (13+14) 3 4 7,0 0

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 réalisé l'acte (ayant fait les actes)

signature de l'assuré(e)

tiers payant sans signature X

FSDSTO 02-2014 S3153c

cerfa

N° 11104*03

feuille de soins bucco-dentaires

CHIRURGIEN DENTISTE [X] 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

numéro de facture *(facultatif)* 0 0 0 0 5 1 5 2 9

date 1 2 0 1 2 0 2 4

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

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

nom et prénom F E K R A O U I S A B R I N A
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

1 0 9 8 0 2 1 0 1
code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le praticien, le cas échéant)

date de naissance 0 6 0 5 1 9 8 0

ASSURE(E) *(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))*

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

numéro d'immatriculation 2 8 0 0 5 3 8 1 8 5 0 3 7 2 0

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

APPARTEMENT 41 BATIMENT B 28 AV RAYMOND BERGOUGNAN 63100 CLERMONT FI

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 "*" 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 :)

Actes dent.	Codes des actes		Prothèse dentaire	Coefficient		Dent	Face	Montant €
1 7 1 1 2 0 2 3	H B M D 0 4 2 1			4		1 0 0,0 0		
localisation anatomique	2 1							
1 7 1 1 2 0 2 3	H B Q K 3 8 9 1			4		7,9 8		
localisation anatomique	1 1							
localisation anatomique								
localisation anatomique								

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (TTC) 1 0 7,9 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 les soins

Signature de l'assuré(e)

Impossibilité de signer X

FSDSTO 02-2014 S3153c

cerfa

N° 11104*03

feuille de soins bucco-dentaires

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

numéro de facture *(facultatif)* 0 0 0 0 5 1 5 3 1

date 1 2 0 1 2 0 2 4

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

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

nom et prénom F E K R A O U I S A B R I N A
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

1 0 9 8 0 2 1 0 1
code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le praticien, le cas échéant)

date de naissance 0 6 0 5 1 9 8 0

ASSURE(E) *(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))*

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

numéro d'immatriculation 2 8 0 0 5 3 8 1 8 5 0 3 7 2 0

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

APPARTEMENT 41 BATIMENT B 28 AV RAYMOND BERGOUGNAN 63100 CLERMONT FI

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

accident causé par un tiers non X | oui | date

AT/MP | numéro | ou | date

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

(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 :)

date des soins	codes des actes			montant des honoraires (€)		%	dents	FX
0 5 1 2 2 0 2 3	H B J D 0 0 1	1		2 8,9 2				
localisation anatomique	0 2							
localisation anatomique								
localisation anatomique								
localisation anatomique								

PAIEMENT

MONTANT TOTAL dû par assuré (€) 2 8,9 2

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)

tiers-payant ou signature X

FSDSTO 02-2014 S3153c

cerfa

N° 11104*03

feuille de soins bucco-dentaires

CHIRURGIEN DENTISTE [X] 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

numéro de facture *(facultatif)* 0 0 0 0 5 1 5 2 9

date 1 2 0 1 2 0 2 4

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

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

nom et prénom F E K R A O U I S A B R I N A
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

1 0 9 8 0 2 1 0 1
code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le praticien, le cas échéant)

date de naissance 0 6 0 5 1 9 8 0

ASSURE(E) *(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))*

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

numéro d'immatriculation 2 8 0 0 5 3 8 1 8 5 0 3 7 2 0

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

APPARTEMENT 41 BATIMENT B 28 AV RAYMOND BERGOUGNAN 63100 CLERMONT FI

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

accident causé par un tiers non X | oui | date

AT/MP | numéro | ou | date

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

(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 :)

Date des soins	Codes des actes	Dents	Codes des modificateurs / Codes des actes (CS)	Montant des honoraires facturés	Dent	Codes de modificateurs / Codes des actes (CS)	Montant
17112023	HBQK002	1	4	20,00			
localisation anatomique							
17112023	HBFD001	1	4	47,00			
localisation anatomique	22						
17112023	HBFD001	1	4	47,00			
localisation anatomique	21						
17112023	HBFD001	1	4	47,00			
localisation anatomique	12						

PAIEMENT

MONTANT TOTAL DU SOINS (TTC) 161,00

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 X

FSDSTO 02-2014 S3153c

cerfa

N° 11104*03

feuille de soins bucco-dentaires

CHIRURGIEN DENTISTE X 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

numéro de facture *(facultatif)* 0 0 0 0 5 1 5 2 9

date 1 2 0 1 2 0 2 4

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

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

nom et prénom F E K R A O U I S A B R I N A
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

1 0 9 8 0 2 1 0 1
code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le praticien, le cas échéant)

date de naissance 0 6 0 5 1 9 8 0

ASSURE(E) *(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))*

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

numéro d'immatriculation 2 8 0 0 5 3 8 1 8 5 0 3 7 2 0

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

APPARTEMENT 41 BATIMENT B 28 AV RAYMOND BERGOUGNAN 63100 CLERMONT FI

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 "*" 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 :)

Codes des actes	Notes des actes		Coefficients des actes	Montants des honoraires		Date de règlement	
1711202 3 HBFD001 1			4	47,00			
localisation anatomique	11						
1711202 3 HBMD042 1			4	100,00			
localisation anatomique	12						
1711202 3 HBMD042 1			4	100,00			
localisation anatomique	11						
1711202 3 HBMD042 1			4	100,00			
localisation anatomique	22						

PAIEMENT

MONTANT TOTAL des soins (1+2+3) 3 4 7,0 0

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

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

signature du praticien et cachet du lieu d'exercice

signature de l'assuré(e)

impossibilité de signer X

FSDSTO 02-2014 S3153c

cerfa

N° 11104*03

feuille de soins bucco-dentaires

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

numéro de facture *(facultatif)* 0 0 0 0 5 1 5 2 9

date 1 2 0 1 2 0 2 4

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

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

nom et prénom F E K R A O U I S A B R I N A
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

1 0 9 8 0 2 1 0 1
code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le praticien, le cas échéant)

date de naissance 0 6 0 5 1 9 8 0

ASSURE(E) *(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))*

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

numéro d'immatriculation 2 8 0 0 5 3 8 1 8 5 0 3 7 2 0

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

APPARTEMENT 41 BATIMENT B 28 AV RAYMOND BERGOUGNAN 63100 CLERMONT FI

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

accident causé par un tiers non X | oui | date

AT/MP | numéro | ou | date

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

(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 :)

Dents	Codes des actes		Coefficients	Montant des honoraires facturés		Part de l'organisme
17	112023	HBMD042	1	4	100,00	
	localisation anatomique	21				
17	112023	HBQK389	1	4	7,98	
	localisation anatomique	11				
	localisation anatomique					
	localisation anatomique					

PAIEMENT

MONTANT TOTAL (en euros TTC) 1 0 7,9 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)

n'a pas pu ou refusé de signer X

FSDSTO 02-2014 S3153c

cerfa

N° 11104*03

feuille de soins bucco-dentaires

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

numéro de facture *(facultatif)* 0 0 0 0 5 1 5 3 1

date 1 2 0 1 2 0 2 4

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

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

nom et prénom F E K R A O U I S A B R I N A
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

1 0 9 8 0 2 1 0 1
code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le praticien, le cas échéant)

date de naissance 0 6 0 5 1 9 8 0

ASSURE(E) *(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))*

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

numéro d'immatriculation 2 8 0 0 5 3 8 1 8 5 0 3 7 2 0

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

APPARTEMENT 41 BATIMENT B 28 AV RAYMOND BERGOUGNAN 63100 CLERMONT FI

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

accident causé par un tiers | non X | oui | date

AT/MP | numéro | ou | date

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

(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 :)

Codes des actes	Codes des actes		Cotation	Montant des honoraires		Dent	Face	Code de la prothèse dentaire
0 5 1 2 2 0 2 3	H B J D 0 0 1	1		2 8,9 2				

localisation anatomique 02

localisation anatomique

localisation anatomique

localisation anatomique

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (TTC) 2 8,9 2

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

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

Signature du praticien ou son délégué (facultatif) | Cachet du praticien (facultatif) | Signature de l'assuré(e) | Tiers payant ☒

FSDSTO 02-2014 S3153c

cerfa
N° 11104*03

feuille de soins bucco-dentaires

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

numéro de facture *(facultatif)* 0 0 0 0 5 1 5 2 6
date 1 2 0 1 2 0 2 4

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

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

nom et prénom F E K R A O U I S A B R I N A
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

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

date de naissance 0 6 0 5 1 9 8 0

ASSURE(E) *(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))*

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

numéro d'immatriculation 2 8 0 0 5 3 8 1 8 5 0 3 7 2 0

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

APPARTEMENT 41 BATIMENT B 28 AV RAYMOND BERGOUGNAN 63100 CLERMONT FI

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

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 "*" et les recommandations importantes)*

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 :)

| date des soins | code des actes | | |

cerfa

N° 11104*03

feuille de soins bucco-dentaires

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

numéro de facture *(facultatif)* 0 0 0 0 5 2 8 3 0

date 1 1 0 7 2 0 2 4

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

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

nom et prénom F E K R A O U I S A B R I N A
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

1 0 9 8 0 2 1 0 1
code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le praticien, le cas échéant)

date de naissance 0 6 0 5 1 9 8 0

ASSURE(E) *(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))*

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

numéro d'immatriculation 2 8 0 0 5 3 8 1 8 5 0 3 7 2 0

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

APPARTEMENT 41 BATIMENT B 28 AV RAYMOND BERGOUGNAN 63100 CLERMONT FI

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

accident causé par un tiers non X | oui | date

AT/MP | numéro | ou | date

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

(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 :)

Date des soins	Cotation des actes	Dents concernées	Honoraires facturés	Dépassement	Facture de dentaprothèse		
					TP		TK
					AD	Nbre	montant
1 1 0 7 2 0 2 4	H B J D 0 0 1 1		2 8,9 2				

localisation anatomique 02

localisation anatomique

localisation anatomique

localisation anatomique

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 2 8,9 2

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

signature du praticien et cachet de la structure | signature de l'assuré(e) | tiers payant ou signature X

FSDSTO 02-2014 S3153c

cerfa

N° 11104*03

feuille de soins bucco-dentaires

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

numéro de facture *(facultatif)* 0 0 0 0 5 2 6 9 3

date 2 4 0 6 2 0 2 4

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

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

nom et prénom F E K R A O U I S A B R I N A
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

1 0 9 8 0 2 1 0 1
code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le praticien, le cas échéant)

date de naissance 0 6 0 5 1 9 8 0

ASSURE(E) *(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))*

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

numéro d'immatriculation 2 8 0 0 5 3 8 1 8 5 0 3 7 2 0

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

APPARTEMENT 41 BATIMENT B 28 AV RAYMOND BERGOUGNAN 63100 CLERMONT FI

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

accident causé par un tiers non X | oui | date

AT/MP | numéro | ou | date

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

(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 :)

date des soins	codes des actes			montant des honoraires			
24062024	HBLD490	1	4	60,00	X		
localisation anatomique	11						
24062024	HBLD490	1	4	60,00	X		
localisation anatomique	12						
24062024	HBLD490	1	4	60,00	X		
localisation anatomique	21						
24062024	HBLD490	1	4	60,00	X		
localisation anatomique	22						

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (le 24,00) 2 4 0,0 0

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 des actes

signature de l'assuré(e)

impossibilité de signer X

FSDSTO 02-2014 S3153c

IMPRIMERIE CCITE 07270 AUBENAS