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
477 882 685 R.C.S. Marseille

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 pour les soins de SABRINA FEKRAOUI pour les soins suivants:

13 Novembre 2023	..	CD	Consultation	23.00	17.25	5.75
17 Novembre 2023	..	HBQK002	Radiographie panoram	20.00	15.00	5.00
17 Novembre 2023	12	HBFD001	Exérèse du contenu	47.00	35.25	11.75
17 Novembre 2023	11	HBFD001	Exérèse du contenu	47.00	35.25	11.75
17 Novembre 2023	21	HBFD001	Exérèse du contenu	47.00	35.25	11.75
17 Novembre 2023	22	HBFD001	Exérèse du contenu	47.00	35.25	11.75
17 Novembre 2023	12	HBMD042*	Restauration d'une d	100.00	75.00	25.00
17 Novembre 2023	11	HBMD042*	Restauration d'une d	100.00	75.00	25.00
17 Novembre 2023	21	HBMD042*	Restauration d'une d	100.00	75.00	25.00
17 Novembre 2023	22	HBMD042*	Restauration d'une d	100.00	75.00	25.00
17 Novembre 2023	11	HBQK389	Radiographie intrabu	7.98	5.99	2.00
05 Décembre 2023	41	HBJD001	Détartrage et polis	28.92	21.69	7.23
11 Juillet 2024	31	HBJD001	Détartrage et polis	28.92	21.69	7.23
			Total acquité	696.82	522.62	174.21

SELARL DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREILLE LAUZE
78, Bd Mireille Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 04 91 79 85 82
477 882 685 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 et cotation des actes	Codes des actes	Dents	Coefficients ou prix unitaires	Montant des honoraires facturés	Dépassements	Frais de déplacement	
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 euros (TVA 2%) 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 des actes

Signature de l'assuré(e)

impossibilité de signer X

FSDSTO 02-2014 S3153c

IMPRIMERIE CDTE SFSO AUXONAS

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 :)

Codes des actes	Codes des actes	Coef.	Prix unitaire	Montant des honoraires	Suite	Part du praticien AM	Part du praticien hors AM
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 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 [ ]

signature du médecin ou du chirurgien-dentiste

signature de l'assuré(e)

tiers-payant signé X

FSDSTO 02-2014 S3153c

IMPRIMERIE CENTRE STEDO AUBENAS

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	Cotation	Montant des honoraires ⊖	Code	Part obligatoire	Part complémentaire
17112023	HBMD0421		4	100,00			
localisation anatomique ⊖	21						
17112023	HBQK3891		4	7,98			
localisation anatomique ⊖	11						
localisation anatomique ⊖							
localisation anatomique ⊖							

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (12 ch) 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 ou du médecin traitant ayant prescrit les actes

signature de l'assuré(e)

impossibilité de signature X

FSDSTO 02-2014 S3153c

IMPRIMERIE COTE D'ZOR AUXERRE

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

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	Codes des actes	Coef.	Tarif de référence	Modalités bonifiées facturées	Code	Tarif	Montant
05122023	HBJD001	1				28,92	
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 médecin ayant effectué l'acte ou des actes

Signature de l'assuré(e)

Tiers-payant de fait X

FSDSTO 02-2014 S3153c

IMPRIMERIE CCOTE 27200 AUBENAC

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	Dent	Nature des actes ou numéro de la dent	Nombre de actes ou coefficient	Tarif	Mode de règlement		
						M.D.	tiers	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 *(en toutes lettres)* 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

signature du praticien ayant effectué l'acte ou les actes

signature de l'assuré(e)

impossibilité de signer X

FSDSTO 02-2014 S3153c

IMPRIMERIE CCOTE 07200 AUBENAS

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 ASSURÉ(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 du tiers				
17112023	HBFD001	1	4	47,00			
localisation anatomique	11						
17112023	HBMD042	1	4	100,00			
localisation anatomique	12						
17112023	HBMD042	1	4	100,00			
localisation anatomique	11						
17112023	HBMD042	1	4	100,00			
localisation anatomique	22						

PAIEMENT

MONTANT TOTAL des soins (TSS+S) 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 effectué l'acte ou les actes | signature de l'assuré(e) | tiers payant signé 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 :)

Dents concernées	Codes des actes	Coef.	Codes des modificateurs	Honoraires	Facturés	Part de l'organisme payeur		Part de l'assuré	
17	1120 23 HBMD042 1		4		100,00				
	localisation anatomique 21								
17	1120 23 HBQK389 1		4		7,98				
	localisation anatomique 11								
	localisation anatomique								
	localisation anatomique								

PAIEMENT

MONTANT TOTAL du cadre (facturé) 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) | 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

date de naissance 0 6 0 5 1 9 8 0

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)

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 :)

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 en euros (1+2+3) 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)

mention de refus de signer X

FSDSTO 02-2014 S3153c

IMPRIMERIE CDITE 07200 AUBENAS

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 :)

Nature des actes	Codes des actes	Dents	Cotation	Montant des honoraires	Majorations	Dent	Face	Montant
1 7 1 1 2 0 2 3	H B Q K 0 0 2 1		4	2 0,0 0				
localisation anatomique								
1 7 1 1 2 0 2 3	H B F D 0 0 1 1		4	4 7,0 0				
localisation anatomique	2 2							
1 7 1 1 2 0 2 3	H B F D 0 0 1 1		4	4 7,0 0				
localisation anatomique	2 1							
1 7 1 1 2 0 2 3	H B F D 0 0 1 1		4	4 7,0 0				
localisation anatomique	1 2							

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (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 [ ]

signature du médecin ou du chirurgien-dentiste ou de la sage-femme | signature de l'assuré(e) | [ ] dispense 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

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	Coef.	Dents concernées	Quantité	Montants des honoraires facturés €	Exo	Part de l'assuré(e) %	Base	Montant €
	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 actes (HT) 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 effectué l'acte ou les actes | Signature de l'assuré(e) | Immatriculation de la structure X

FSDSTO 02-2014 S3153c

IMPRIMERIE CDIZE 07700 AUBENAS

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 dent.	Actes dent.		Cotation	Montant des honoraires facturés		Dépassement	Tarif	Montant
1711	2023	HBMD	0421	4	100,00			
localisation anatomique	21							
1711	2023	HBQK	3891	4	7,98			
localisation anatomique	11							
localisation anatomique								
localisation anatomique								

PAIEMENT

MONTANT TOTAL et suite (1+2+3) 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)

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 :)

Numéro de dent	Codes des actes	Coef.	Prix des actes (€)	Montant des honoraires	Coef.	Dans le cadre du parcours de soins	Part Ass.	Part Ass. complémentaire	Reste à charge
	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 en euros (€) 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 médecin ayant effectué l'acte ou les actes

Signature de l'assuré(e)

Date et cachet du praticien X

FSDSTO 02-2014 S3153c

IMPRIMERIE CDITE 07200 AUBENAS

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

accident causé par un tiers | non | 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	Dents	Faces	Codes des actes complémentaires	Montant des honoraires	Entente prothésiste	Taux de dépassement		
06122023	HBLD	6 8 0	1	4	5 0 0,0 0	X		
localisation anatomique 11								
06122023	HBLD	6 8 0	1	4	5 0 0,0 0	X		
localisation anatomique 12								
06122023	HBLD	6 8 0	1	4	5 0 0,0 0	X		
localisation anatomique 21								
06122023	HBLD	6 8 0	1	4	5 0 0,0 0	X		
localisation anatomique 22								

PAIEMENT

MONTANT TOTAL DES SOINS (TTC) 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 du praticien ayant effectué l'acte ou les actes | signature de l'assuré(e) | mention à faire 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 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 :)

1 1 0 7 2 0 2 4	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 en lettres (1 000 €) 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 (facultatif en cas de tiers payant)

signature de l'assuré(e)

la feuille de soins est signée X

FSDSTO 02-2014 S3153c

IMPRIMERIE CCOTL GF28-M0/TAC

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 :)

Dates des actes	Codes des actes		Coefficients (CC) ou prix unitaires (PU)	Quantités	Montants	Dent	Bucco-dentaire	
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 (TTC) 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)

Tiers-payant ou urgence X

FSDSTO 02-2014 S3153c

IMPRIMERIE CDITE 07/20 AUDITAC