

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

Quittance

Facture n°44936

Du 30/06/2021

Identification du PS :

ROBERT ESKENAZI - N° d'identification : 13402055 1

Bénéficiaire :

PATRICIA GIUNTA - Né(e) le : 22/09/1963 (rang gémellaire : 1)

N° IPP : 0009786

Adresse :

13010 MARSEILLE

Assuré :

PATRICIA GIUNTA - NIR : 2630913055516 66

Centre payeur :

Régime : 1 ; Caisse : 131 ; Centre : 403 ; Destinataire : 131 ; Centre informatique : 0

Mutuelle : CMU

Nom : C2S AMO ; Identifiant : 99999997

Prestations :

Détails :

- 30/06/2021	HBLD038 (Dent : *27*) : 120.00 €
- 30/06/2021	HBLD090 + FDC (Dent : *11*) : 130.00 €
- 30/06/2021	HBLD634 + FDC (Dent : *11*) : 430.00 €

Total des honoraires :

680.00 €

dont participation AMO :

231.00 €

dont participation AMC :

449.00 €

Demande annulation car erreur de saisie

Merci.



feuille de soins bucco-dentaires

numéro de facture (facultatif)

N° 11104*03

CHIRURGIEN DENTISTE ☐MEDECIN ☐Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date 0 0 0 4 4 9 3 6

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

3 0 0 6 2 0 2 1

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

nom et prénom

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

numéro d'immatriculation

GIUNTA PATRICIA

date de naissance

ASSURE(E) (à remplir si la personne a le droit de bénéficier d'une assurance)

nom et prénom

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

numéro d'immatriculation

GIUNTA PATRICIA

ADRESSE DE L'ASSURE(E) 2 6 3 0 9 1 3 0 5 5 5 1 6 6 6

13010 MARSEILLE

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

DR ESKENAZI ROBERT

19 CHIRURGIEN-DENTISTE

78 BD MIREILLE LAUZE

SELARL

CONVENTIONNE

13010 MARSEILLE

PRATICIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

=> 13 4 02055 1 00 1 20 1 19 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES ACTES

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

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

actes en rapport avec une ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers

non

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 :)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS V, VS	autres actes (TO...) éléments de tarification CCAM (modificateurs, association...)	montant des honoraires facturés	dépasse	frais de déplacement
3 0 0 6 2 0 2 1	H B L D 0 3 8	1		4	1 2 0,0 0		
localisation anatomique	2 7						
3 0 0 6 2 0 2 1	H B L D 0 9 0	1	F D C	4	1 3 0,0 0		
localisation anatomique	1 1						
3 0 0 6 2 0 2 1	H B L D 6 3 4	1	F D C	4	4 3 0,0 0		
localisation anatomique	1 1						
localisation anatomique							

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

6 8 0,0 0

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

X

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

X

signature du praticien
ayant effectué
l'acte ou les actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

X