



Docteur Robert ESKENAZI
78 bd. mireille lauze
13010 MARSEILLE 10

Le 12/10/2021

Objet : **Facturation non conforme : bénéficiaire mal renseigné (contrat familial)**
Réf. : LEBRETON DAVID / T202110110237SIA / JRI

Cher Partenaire,

Suite à votre contact avec Santéclair, vous nous avez informé avoir facturé le dossier référencé ci-dessus

- alors que le bénéficiaire n'est pas bien renseigné

Aussi, pour régulariser la situation, nous vous remercions de rembourser la complémentaire santé et de nous adresser sous 10 jours les pièces suivantes à **SANTECLAIR - Héron Building - 66 avenue du Maine - 75014 PARIS** :

- Chèque de 23 € à l'ordre de **ALLIANZ**
- Photocopie de ce courrier.

Veuillez trouver ci-joint chèque n° 5107159 Montant _____ Date _____
En règlement de _____ et

Société Marseillaise de Crédit ★

Payez contre ce chèque non endossable sauf au profit d'un établissement bancaire ou assimilé

Vingt trois Euros
A ALLIANZ Compte n° _____

Payable en France :

MARSEILLE CAPELETTE
264 AV DE LA CAPELETTE
13010 MARSEILLE

TEL DIRECT : 04 91 29 63 21
TEL STANDARD : 04 91 29 63 20
Chèque n° 5107159 23 12 20

04910 11477500200
SELARL DES CHIRURGIENS DENTISTES
DU BD MIREILLE LAUZE
78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE
13010 MARSEILLE

€ 23
A Marseille
Le 19/10/21

(66)

