

A ADRESSER PAR MAIL A : tp@santclair.fr

* En cas de doute, joindre une copie de l'attestation de Tiers Payant.

[illegible]

	Date de la demande d'entente préalable auprès du régime obligatoire	Cotation	Honoraires
Diagnostic			€
Semestre n° <u>4</u>	13/03/20	1090	560 €
Contention année n° <u> </u>			€
Surveillance			€
Total des actes		1090	560 €

Commentaire (plan de traitement) : *faire 7-10 séances : 1 en 15*

Fait à Nazareth le 13.05.20
N° d'identification [][][][][][][][][][][][]

Santéclair – Société Anonyme au capital de 3 834 029 euros immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977

CABINET Dentaire 78 Bd Meille Laure 130210 09 91 79 85 82

> ACCORD DE PRISE EN CHARGE ORTHODONTIE - DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS

Réseau chirurgiens-dentistes partenaires

Accord de prise en charge D.A.F. / note d'honoraires subrogatoire à retourner complété et signé à Santéclair
7 mail Pablo Picasso, 44 046 Nantes Cedex 1. N° Azur : 0 810 000 227 - Fax 01 47 61 21 71

Identification Assuré (A) / Patient (P)

MNPAF	Code centre : GFPISSY	N° Contrat : 39091739	N° C : 0039000009173901
A	Nom : MARGHERITI	Prénom : CYNTHIA	Né(e) le : 22/05/1977 00:00:00
P	Nom : MARGHERITI	Prénom : TRISTAN	Né(e) le : 10/08/2007
Régime social : REGIME DES SALARIES			

Détail du remboursement

Nature de l'acte	Codif.	Montant dépenses	Prix unitaire S.S	Montant remboursé R.O*	Montant D.A.F.	Restant à charge pour l'assuré
Orthodontie	TO 20	85,00 €	43,00	30,10 €	54,90 €	0,00 €
Orthodontie	TO 90	560,00 €	193,50	193,50 €	366,50 €	0,00 €
TOTAUX EN EUROS		645,00 €	236,50	223,60 €	421,40 €	0,00 €

* Sous réserve de la prise en charge maladie obligatoire (AMO) du montant indiqué dans le tableau.

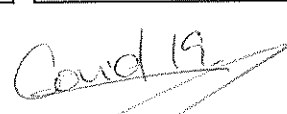
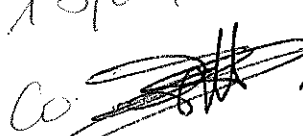
> NOTE D'HONORAIRES SUBROGATOIRE

En application de l'article 4 de l'accord de partenariat :

N° Identification	134020551	Payable par virement, références bancaires:	
Prise en charge valable	du 31/10/2019 au 01/05/2020	Nom de la banque	Société Marseille de Crédit
N° Accord	U201910250783GED/1	BIC	SMCTFR2AXXX
N° note d'honoraires		IBAN	FR76 3007 7049 1011 4775 0020 030
Date note d'honoraires			
Montant remboursable	<u>421,40 € (2 764,20 F)</u>		

IMPORTANT : Pour obtenir le paiement de votre note d'honoraires subrogatoire, adressez-la complétée et signée par mail à facture-dentaire@santclair.fr (ou à défaut par courrier) dès la fin du traitement (remise de feuille de soin ou télétransmission) avant le 01/05/2020. .

Attention, passé cette date, vous risquez un incident de paiement. En cas de problème, contactez Santéclair.

Coordonnées du praticien	Cachet et signature du praticien	Date et Signature de l'assuré
Monsieur Robert ESKENAZI 78 BD. MIREILLE LAUZE null 13010 MARSEILLE 10 Tel : 04.91.79.85.82	 Docteur Eskenazi Robert 19 Chirurgical Dentiste C 78, Bd Mireille Lauze 13010 Marseille Tel: 04.91.79.85.82 F:13 40 20 55 1 - 0 1 20 1	Je reconnais avoir reçu les soins ci-dessus et bénéficié de la dispense d'avance de frais sur la part de remboursement accordée par mon contrat complémentaire santé. 13/05/20 
Nom de la Société : Type de Société : Capital : Code APE : Code RCS :		

Le remboursement des prestations par l'assurance complémentaire Santé exige l'enregistrement des données codées relatives aux actes effectués et aux prestations servies. En application de la loi informatique et liberté, tout assuré et tout praticien peuvent opposer ou demander communication et modification des informations qui figurent sur tout fichier informatique auprès de Santéclair.

Santclair - Société Anonyme au capital de 3 834 028 euros
Ayant son siège social au 7 Mail Pablo Picasso - 44 046 NANTES CEDEX 1
Immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977