

> 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)

GRAS SAVOYE	Code centre : GLYCAA	N° Contrat : 52653963	N° C : 13661
A Nom : KARDOUH		Prénom : KAMAL	Né(e) le : 02/09/1976 00:00:00
P Nom : KARDOUH		Prénom : NOHAILA	Né(e) le : 13/02/2008
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 90	560,00 €	193,50	193,50 €	366,50 €	0,00 €
TOTALS EN EUROS		560,00 €	193,50	193,50 €	366,50 €	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
Prise en charge valable du 23/03/2020 au 23/09/2020
N° Accord U202003190432GED/1

Payable par virement, références bancaires:
Nom de la banque Société Marseille de Crédit

N° note d'honoraires

BIC SMCTFR2AXXX
IBAN FR76 3007 7049 1011 4775 0020 030

Date note d'honoraires

Montant remboursable 366,50 € (2 404,08 F)

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 23/09/2020. .

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

Coordonnées du praticien

Monsieur Robert ESKENAZI
78 BD. MIREILLE LAUZE null
13010 Marseille
Tel : 04.91.79.85.82

Cachet et signature du praticien

Dentiste Eskenazi Robert
19-Chirurgien-Dentiste C
78, Bd Mireille Lauze 13010
Marseille Tel: 04.91.79.85.82
F:13 40 20 55 1 - 0 1 20 1

Date et Signature de l'assuré

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.

23/09/20

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 s'opposer ou demander communication et modification des informations qui figurent sur tout fichier informatique auprès de Santéclair.

Santclair - Société Anonyme au capital de 3 834 029 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