

ESKENAZI ROBERT
134020551
pec.capelette@gmail.com

Clermont-Ferrand, le 4 octobre 2024

Objet : Votre demande de prise en charge n° 24777 du 03/10/2024
Concernant l'assuré(e) : BENHAGOUG Mina – 10/04/1967

Référence à rappeler : n° 636278

Docteur,

Dans le cadre des contrôles réalisés par le Service Médical Dentaire, sur mandat de l'organisme de santé complémentaire de votre patient et en application de la convention de Tiers-Payant qui vous lie à almerys, votre demande de prise en charge, référencée en objet, a été mise en instance.

Afin de pouvoir statuer sur cette demande de prise en charge pour la pratique du Tiers Payant, nous vous prions de bien vouloir nous renseigner sur les motifs de l'honoraire de votre demande.

- ☐ Spécialité exclusive.
- ☐ Plateau technique onéreux.
- ☒ Circonstances particulières et exceptionnelles.

Nous vous remercions de bien vouloir nous faire parvenir ce courrier renseigné, sous 48H à l'adresse suivante : servicemedicaldentaire@almerys.com, ou à défaut par courrier postal (à l'attention du dentiste consultant almerys).

Le Service Médical Dentaire se réserve la possibilité de vous contacter par l'intermédiaire de son dentiste consultant.

Vous avez la possibilité de contacter le Service Médical Dentaire lundi, mardi, jeudi, vendredi de 9h30 à 12h et de 14h à 17h30 au 0473747113, pour tout complément d'information sur l'acte concerné par cette demande.

Nous vous prions d'agréer, Docteur, l'assurance de nos sincères salutations.

Le Service Médical Dentaire

