

Nom Prénom Bénéficiaire : COSSON SERGE

ANNEXE

Estimation de remboursement complémentaire

Code acte	Libellé de l'acte	Localisation dentaire	Dépense réelle	Qté	Base RBT	Tx R.O	Montant R.O	Montant R.C	Reste à charge
PF0	PROTHESE FIXE RAC 0	25	500,00	1	120,00	60	72,00	428,00	0
CT0	COURONNE TRANSITOIRE RAC 0	24	60,00	1	10,00	60	6,00	54,00	0
PA1	PROTHESE AMOVIBLE RAC MODERE	17 - 16 - 15 - 14 - 12 - 21 - 22 - 23 - 25 - 26 - 27	1 300,00	1	279,50	60	167,70	251,55	880,75
PA1	PROTHESE AMOVIBLE RAC MODERE	46 - 32 - 35 - 36 - 37 - 31 - 42 - 41 - 43 - 44 - 45	1 300,00	1	279,50	60	167,70	251,55	880,75
TOTAL			3 160,00				413,40	985,10	1 761,50

Nous vous invitons à présenter votre carte mutuelle au professionnel de santé afin de bénéficier de la dispense d'avance de frais. A défaut de prise en charge, le remboursement des honoraires se fait sur présentation des factures acquittées et du décompte de votre Caisse de Régime Obligatoire.

Devis valable 3 mois sous réserve de l'évolution du tableau de garantie de référence.
Tous nos montants sont exprimés en euros.

Restant à votre disposition, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de nos cordiales salutations.

Le Service Client

