

Nos réf : 115611839

MME QUATTRONE IRMA
91 BOULEVARD FIFI TURIN
MARSEILLE 10
13010 MARSEILLE

Suivi par : WANDO CHRISTOPHE

DENTAIRE : Réponse au devis du 16/08/2023

PARIS, le 16/08/2023

Cher(e) adhérent(e),

En réponse au devis que nous avons reçu, nous vous précisons, ci-dessous, la répartition de la dépense que vous allez engager entre votre régime obligatoire d'assurance maladie, notre mutuelle et éventuellement vous-même.

Pour la part Mutuelle, nous vous rappelons que les montants sont indiqués, à titre indicatif, selon les informations en notre possession. Ils seront versés, sous réserve des remboursements en cours ou déjà effectués, dans la limite de la garantie souscrite et les conditions prévues au règlement mutualiste / notice d'information.

Bénéficiaire :	Professionnel de santé :
Nom et prénom : QUATTRONE IRMA	M ESKENAZI ROBERT
Référence Adhérent : 001676187	N° FINESS : 134020551
Date de naissance : 23/05/1936	SELARL
Rang gémellaire : 01	78 BD MIREILLE LAUZE
Garantie : ZEN PLUS	13010 MARSEILLE

Libellé	Acte	N° dent	Qté	Montant honoraires	Montant RO	Montant ² RC	Reste à charge
Prothèse fixe céramique Tarif Libre	PFC 1,00	12 13	1	1 100,00 €	58,65 €	325,13 €	716,22 €
Non remboursable	NR 1,00	13	1	40,20 €	0,00 €	0,00 €	40,20 €

Total TTC	1 140,20 €
Total Part RO	58,65 €
Total mutuelle	325,13 €
Total à régler par l'assuré	756,42 €

Ce document ne vaut pas Prise en Charge.

Attention : Cette estimation est effectuée à titre indicatif sur la base de la garantie souscrite lors de l'établissement du devis. Merci de vous reporter à votre tableau des remboursements pour connaître le plafond en dentaire et/ou en orthodontie éventuellement prévu(s) par votre garantie santé.

Nous vous remercions de votre confiance et restons à votre entière disposition pour toutes informations complémentaires.

Nous vous prions d'agréer, Cher(e) adhérent(e), l'expression de nos sincères salutations.

La Responsable Gestion

1 <Régime Obligatoire d'Assurance Maladie>

2 <Régime Complémentaire ou mutuelle>