



INDICATION DE PARTICIPATION DENTAIRE N° 3057580 SANS DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS

Cette indication de participation est établie par RAJEA HOUMADI et a une **durée de validité de 2 mois à compter du 01/04/2020.**

Elle est valable **sous réserve** :

- de l'intervention du Régime Obligatoire,
- de non présentation de frais de prothèses dentaires avant l'exécution des dépenses objet du présent devis.
- Les montants indiqués peuvent être modifiés du fait de l'évolution de la réglementation ou de la modification des conditions de garantie de votre contrat.

ASSURE(E) : LAROCHE CLAUDIE

Références contrat AXA : 3417761404

Numéro INSEE : 2351113055409

BENEFICIAIRE : LAROCHE CLAUDIE

Date de naissance : 12/11/1935

Numéro INSEE : 2351113055409

PRATICIEN : Dr Robert ESKENZI

Numéro de la dent	Type de la prothèse	Honoraires du praticien	Remboursement Régime Obligatoire en euros	Remboursement complémentaire en euros	Reste à charge assuré en euros
DE	Prothèse amovible métallique	1300,00	180,60	137,40	982,00
Total		1300,00 euros	180,60 euros	137,40 euros	982,00 euros