



Pour tout renseignement
Gan Assurances
Pôle Santé
Cours Charles Bricaud
33057 BORDEAUX Cedex

Mme YVONNE MUSCATO
CENTRE ENTRAÎNEMENT HIPPIQUE
7776 CD 60 A
13480 CABRIES

Tél 09 69 32 20 17 (appel non surtaxé)
du lundi au vendredi de 9h à 18h
@: sangav@ggvie.fr

Bordeaux, le 18/01/2021

N° Contrat : **63176100000727005134951**
N° INSEE : **260011305570491**

Chère madame,

Vous nous avez adressé un ou des devis relatif(s) à des traitements dentaires chez le Docteur ESKENAZI.

Les informations y figurant nous ont permis de calculer le montant de vos remboursements ainsi que votre reste à charge. Ce calcul est établi sur la base des garanties actuelles de votre contrat et sous réserve de leur pérennité à la date des soins. Sa validité est limitée à 3 mois, mais, en tout état de cause, expire au 31 Décembre de l'année en cours.

Toutefois, ces montants seraient susceptibles d'être revus :

- si, à la date de vos soins, vous avez modifié le niveau de vos garanties
- si, à cette même date, votre contrat a été résilié
- si votre régime obligatoire décidait d'une autre prise en charge que celle que nous vous indiquons
- si, avant de faire réaliser les soins figurant sur votre ou vos devis, vous avez bénéficié d'autres remboursements pour des traitements préalablement pratiqués
- si enfin, vous avez été remboursé par une autre complémentaire santé.

Les réponses aux différents devis calculés ne se cumulent pas.

Bien entendu, nous nous tenons à votre entière disposition du lundi au vendredi de 9h à 18h au **09 69 32 20 17** (appel non surtaxé) pour vous apporter sur l'ensemble de ces points les informations supplémentaires que vous jugeriez nécessaires.

Vous trouverez sur votre espace client, selon votre contrat, des informations et services utiles comme par exemple : le détail de vos garanties, de vos remboursements, les coordonnées et la géo localisation des professionnels des réseaux SEVEANE qui font l'objet d'une mise à jour régulière et si vous le souhaitez, des alertes mails à chaque paiement santé.

Nous vous prions de recevoir, Chère madame, l'expression de nos salutations distinguées.

Votre Conseiller Santé

Pour **Mme YVONNE MUSCATO**

Mme YVONNE MUSCATO
CENTRE ENTRAINEMENT HIPPIQUE
7776 CD 60 A
13480 CABRIES

REMBOURSEMENT ET SOMME RESTANT A VOTRE CHARGE

N° de dent	Traitement envisagé	Base de Rembt. Régime Obligatoire (€)	Honoraires du praticien (€)	Rembt. Régime Obligatoire (€)	Notre Remboursement (€)	Remboursement total (€)	Somme restant à charge (€)
15, 16, 17	cantilever3 - 2PiliersCCM et extension CCM	279.50	1537.00	195.65	1201.85	1397.50	139.50
TOTAL			1537.00	195.65	1201.85	1397.50	139.50