

Nom Prénom assuré(e) : FERAUD MADELEINE
Dossier suivi par : MOLERO MARINA
N° de téléphone : 04 84 90 01 69

MME MADELEINE FERAUD
59 RUE DU PROGRES
13005 MARSEILLE

Marseille, le 28/07/2023

DEVIS

A la suite de votre demande, nous vous adressons ci-dessous les modalités de remboursement correspondant au devis que vous nous avez fait parvenir.

Nous vous rappelons que ces renseignements ne sont donnés qu'à titre indicatif et en fonction du devis que vous nous avez communiqué. Si l'un des éléments devait être modifié, ce devis serait considéré comme nul.

Code acte	Libellé de l'acte	Nom Prénom Bénéficiaire	Date de soins	Dépense réelle	Qté	Coef.	Tx RO	Montant R.O	Montant R.C
PA113	PROTHÈSE AMOVIBLE RAC MODÉRÉ	FERAUD MADELEINE	28/07/2023	1 300,00	1	1,00	70,00	173,08	568,67

Montant du règlement complémentaire : 568,67 €

Montant total remboursé (régime obligatoire + régime complémentaire) = 741,75 €

Reste à charge : 558,25 €

ATTENTION :

Ces montants ne valent pas engagement de votre complémentaire santé. Ils ont été estimés en fonction des informations contenues dans le devis communiqué. Les remboursements ne seront effectués que sur présentation des justificatifs, dans la limite des dépenses engagées et selon les conditions prévues dans votre contrat.

Pour les garanties plafonnées ou bénéficiant d'un renfort, la présente estimation ne tient pas compte des devis précédemment établis, des prestations susceptibles d'être remboursées avant le règlement de ces soins et du montant dû dans la limite du plafond de cette garantie.

De plus, les actes Hors Nomenclature (HN) ne font l'objet d'aucun remboursement de notre part sauf spécificité liée au contrat.

Pour plus d'information sur les éléments figurant ci-dessus, nous vous invitons à vous référer à votre grille de garantie.

Dans cette attente, nous vous remercions pour votre confiance et nous vous prions de croire, chère adhérente, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

MARINA MOLERO