

Nom du contrat adhérent : B1486504
 Nom Prénom Bénéficiaire GUIOU-SANNA CAROLE
 Dossier suivi par : Marilyn LE BRIS

Vélizy, le 02/02/2021

ANNEXE Estimation de remboursement complémentaire

Code acte	Libellé de l'acte	Localisation dentaire	Dépense réelle	Qté	Base de remboursement	Taux Assurance Maladie Obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire	Remboursement Mutuelle
PFC2	PROTHÈSE FIXE CÉRAMIQUE DENT NON VISIBLE	47	670,00	1	107,50	70,00	75,25	494,50
Montant pris en charge par l'assurance maladie obligatoire							75,25 €	
Montant pris en charge par la mutuelle								494,50 €
Montant total du reste à charge								100,25 €

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.

Devis valable sous réserve d'évolution de la grille de garanties à la date réelle des soins.