

STANISLAS LEROY
Courriel: service.client@lacomplementairesante.fr

Madame CASALI SABINE
98 CH DE BERNEX
13015 MARSEILLE

Devis

Madame,

Le présent devis représente une estimation, il ne constitue pas un engagement de paiement. Le devis ne tient pas compte des actes non consommés et à venir à la date d'édition.

Assuré principal	SABINE CASALI	Adresse	98 CH DE BERNEX
No sécurité sociale	2580313055239		13015 MARSEILLE
Bénéficiaire(s)	SABINE CASALI	Qualité	Assuré
No sécurité sociale	2580313055239		
Devis	20240040206624	Date de saisie	04-01-2024
N° de contrat	01402/0007764	Date de fin de validité	04-03-2024

Bénéficiaire(s)	Date soins	Détail acte	Coef.	Qté.	Dépense (€)	Tarif (€)	Taux (%)	Remb. SS (€)	Remb. Mut. (€)	Autre Remb. (€)
SABINE CASALI	04-01-2024	PDT	1.00	1	690.00	107.50	60.00	64.50	250.50	0.00
TOTAL								64.50 €	250.50 €	

Ce devis est établi en fonction du barème actuel de votre contrat. Il est valable pour une période de 6 mois(1) à compter de sa date d'émission, sous réserves que :

- les soins soient effectués pendant la période d'assurance(2) et qu'ils commencent avant l'expiration de la durée de la validité du présent devis;
- la ventilation des honoraires et la cotation du dentiste sur les travaux réalisés soient conformes au devis présenté;
- les coefficients ainsi que le taux de remboursement retenus par la Sécurité Sociale lors de son règlement soient identiques à ceux du présent devis.
- les garanties de votre contrat n'aient pas changées pendant cette période.
- le plafond annuel de vos remboursements, lorsque ce dernier est exprimé en forfait Euro ou PMSS(3), ne soit pas atteint au moment de la liquidation réelle de votre dossier;

Vous voudrez bien nous faire parvenir l'original de la facture établie par votre praticien avec la mention « dûment acquittée » spécifiant le détail des actes dispensés.

Nous vous rappelons qu'en aucun cas, le remboursement de vos soins ne dépassera les frais réels, c'est à dire la dépense que vous avez réellement engagée.

STANISLAS LEROY
Courriel: service.client@lacomplementairesante.fr

Madame CASALI SABINE
98 CH DE BERNEX
13015 MARSEILLE

Devis

Madame,

Le présent devis représente une estimation, il ne constitue pas un engagement de paiement. Le devis ne tient pas compte des actes non consommés et à venir à la date d'édition.

Assuré principal	SABINE CASALI	Adresse	98 CH DE BERNEX
No sécurité sociale	2580313055239		13015 MARSEILLE
Bénéficiaire(s)	SABINE CASALI	Qualité	Assuré
No sécurité sociale	2580313055239		
Devis	20240040206622	Date de saisie	04-01-2024
N° de contrat	01402/0007764	Date de fin de validité	04-03-2024

Bénéficiaire(s)	Date soins	Détail acte	Coef.	Qté.	Dépense (€)	Tarif (€)	Taux (%)	Remb. SS (€)	Remb. Mut. (€)	Autre Remb. (€)
SABINE CASALI	04-01-2024	IMP	1.00	1	900.00	0.00	0.00	0.00	300.00	0.00
SABINE CASALI	04-01-2024	IMP	1.00	1	300.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TOTAL								0.00 €	300.00 €	

Ce devis est établi en fonction du barème actuel de votre contrat. Il est valable pour une période de 6 mois(1) à compter de sa date d'émission, sous réserves que :

- les soins soient effectués pendant la période d'assurance(2) et qu'ils commencent avant l'expiration de la durée de la validité du présent devis;
- la ventilation des honoraires et la cotation du dentiste sur les travaux réalisés soient conformes au devis présenté;
- les coefficients ainsi que le taux de remboursement retenus par la Sécurité Sociale lors de son règlement soient identiques à ceux du présent devis.
- les garanties de votre contrat n'aient pas changées pendant cette période.
- le plafond annuel de vos remboursements, lorsque ce dernier est exprimé en forfait Euro ou PMSS(3), ne soit pas atteint au moment de la liquidation réelle de votre dossier;

Vous voudrez bien nous faire parvenir l'original de la facture établie par votre praticien avec la mention « dûment acquittée » spécifiant le détail des actes dispensés.

Nous vous rappelons qu'en aucun cas, le remboursement de vos soins ne dépassera les frais réels, c'est à dire la dépense que vous avez réellement engagée.

STANISLAS LEROY
Courriel: service.client@lacomplementairesante.fr

Madame CASALI SABINE
98 CH DE BERNEX
13015 MARSEILLE

Devis

Madame,

Le présent devis représente une estimation, il ne constitue pas un engagement de paiement. Le devis ne tient pas compte des actes non consommés et à venir à la date d'édition.

Assuré principal	SABINE CASALI	Adresse	98 CH DE BERNEX
No sécurité sociale	2580313055239		13015 MARSEILLE
Bénéficiaire(s)	SABINE CASALI	Qualité	Assuré
No sécurité sociale	2580313055239		
Devis	20240040206620	Date de saisie	04-01-2024
N° de contrat	01402/0007764	Date de fin de validité	04-03-2024

Bénéficiaire(s)	Date soins	Détail acte	Coef.	Qté.	Dépense (€)	Tarif (€)	Taux (%)	Remb. SS (€)	Remb. Mut. (€)	Autre Remb. (€)
SABINE CASALI	04-01-2024	ASC	1.00	1	350.00	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00
TOTAL								0.00 €	100.00 €	

Ce devis est établi en fonction du barème actuel de votre contrat. Il est valable pour une période de 6 mois(1) à compter de sa date d'émission, sous réserves que :

- les soins soient effectués pendant la période d'assurance(2) et qu'ils commencent avant l'expiration de la durée de la validité du présent devis;
- la ventilation des honoraires et la cotation du dentiste sur les travaux réalisés soient conformes au devis présenté;
- les coefficients ainsi que le taux de remboursement retenus par la Sécurité Sociale lors de son règlement soient identiques à ceux du présent devis.
- les garanties de votre contrat n'aient pas changées pendant cette période.
- le plafond annuel de vos remboursements, lorsque ce dernier est exprimé en forfait Euro ou PMSS(3), ne soit pas atteint au moment de la liquidation réelle de votre dossier;

Vous voudrez bien nous faire parvenir l'original de la facture établie par votre praticien avec la mention « dûment acquittée » spécifiant le détail des actes dispensés.

Nous vous rappelons qu'en aucun cas, le remboursement de vos soins ne dépassera les frais réels, c'est à dire la dépense que vous avez réellement engagée.