

Devis

Référence du devis

N° 274521136 établi le 10/10/2024

N° FINESS 00.0.00000 0

Dossier suivi par Agathe EECKHOUT

M LEROY MARTINEZ MICHEL
63 BOULEVARD PINATEL
13012 MARSEILLE

Bénéficiaire : LEROY MARTINEZ MICHEL
Identification : 1 46 01 60 057 011 né(e) le 07/01/1946 (1)

MARSEILLE, le 10/10/2024

Cher(e) Mutualiste,

Nous faisons suite à votre demande de devis. Nous vous informons que l'estimation mentionnée ci-dessous est donnée à titre indicatif et n'a pas de valeur contractuelle.

Nos remboursements dépendent :

- ☒ de la prise en charge effective par votre organisme d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO),
- ☒ de l'ouverture de vos droits aux prestations à la date de prise en charge par l'AMO ou à défaut à la date de facturation,
- ☒ des prestations dont vous bénéficiez, à cette date, au titre de votre garantie complémentaire (Montant AMC),
- ☒ des sommes qui vous ont déjà été remboursées pour les prestations exprimées dans la limite d'un plafond annuel ou sous forme de forfaits, ou des sommes susceptibles d'être versées par une 1^{ère} mutuelle (Montant autre mut.).
- ☒ de la stricte adéquation entre les prestations fournies et facturées, et celles communiquées sur le devis du professionnel de santé, ainsi que de la qualité et de la précision des informations portées sur le devis par votre praticien,
- ☒ de l'adhésion du praticien à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO).

Rappel soins à l'étranger : Le remboursement des soins effectués à l'étranger est assuré dans la limite de la garantie souscrite et sous réserve de la prise en charge préalable de l'assurance maladie obligatoire. Les soins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

Objet du devis

N° Dent	Acte	Mat	Profil Tiers	Montant honoraires	Base RO	Taux RO	Part RO	Montant Autre Mut.	Montant accordé	Reste à charge
41	HBLD785 - Pose d'une prothèse plurale en extension comportan	00	LIB	1 304,60 €	279,50 €	60%	167,70 €		1 136,90 €	0,00 €
Totaux				1 304,60 €			167,70 €		1 136,90 €	0,00 €

Ce devis est valable jusqu'au 31/12/2024

Le patient a donné son accord pour la saisie des informations nécessaires à l'obtention d'un devis ou d'une prise en charge

Ce devis est valable pour l'année en cours, il est à renouveler en cas de modification de votre garantie.

* A défaut d'information, le calcul se fera sur la base de remboursement des médecins n'ayant pas signé l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO).

Le profil tiers indique la nature du tiers professionnel : LIBéral, Organisme Santé Mutualiste, HOPital, ou SEH : soins externes.

Les montants indiqués sont calculés au regard des remboursements de l'assurance maladie à la date d'établissement du devis. En cas d'évolution des remboursements de l'assurance maladie entre la date d'émission du devis et la réalisation des soins, les montants indiqués sont à titre indicatifs et ne reflètent pas la réalité des remboursements opérés par la Mutuelle qui adaptera sa prise en charge au regard de la prise en charge de l'Assurance Maladie.

Nous restons à votre disposition pour tout complément d'information et vous prions d'agréer, cher(e) Mutualiste, l'expression de nos salutations mutualistes.