



Groupama

Pour tout renseignement
GROUPAMA Méditerranée
20 avenue Frédéric Mistral
34261 Montpellier Cedex 02

M. MICKAEL MONLOUIS
23 BOULEVARD DU DOCTEUR DAVID OL
13005 MARSEILLE

Tél 0 969 32 22 32 (appel non surtaxé)

du lundi au vendredi de 9h à 18h
@: sante@groupama-med.com

Aix en Provence, le 09/10/2024

N° Contrat : **509274610002**
N° Client : **46654499**
N° Dossier : **20241009086992**

Cher sociétaire,

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.

Ce courrier ne constitue pas une autorisation de dispense d'avance de frais (tiers payant).

Les réponses aux différents devis calculés ne se cumulent pas.

Par ailleurs, nous vous informons que la loi du 4 mars 2002 a rendu obligatoire pour les praticiens libéraux la souscription d'une assurance couvrant leur responsabilité professionnelle (article L.1142-2 du code de la Santé Publique). Votre chirurgien-dentiste pratiquant la pose d'implant a nécessairement contracté une assurance responsabilité civile professionnelle couvrant ce type d'acte.

Bien entendu, nous nous tenons à votre entière disposition du lundi au vendredi de 9h à 18h au **0 969 32 22 32** (appel non surtaxé) pour vous apporter sur l'ensemble de ces points les informations supplémentaires que vous jugeriez nécessaires.



Pour **M. MICKAEL MONLOUIS**

M. MICKAEL MONLOUIS
23 BOULEVARD DU DOCTEUR DAVID OL
13005 MARSEILLE

N° Contrat : **509274610002**

N° Client : **46654499**
N° Dossier : **20241009086992**

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 (€)
44	Cone Beam	69.00	69.00	41.40	27.60	69.00	0.00
44	Pose de 1 implant	0.00	700.00	0.00	300.00	300.00	400.00
44	Pose 1 vis de cicatrisation	0.00	150.00	0.00	0.00 (1)	0.00	150.00
44	Pilier implantaire 1 dent	0.00	250.00	0.00	0.00 (1)	0.00	250.00
44	Couronne céramo-céramique sur implant	107.50	700.00	64.50	250.00	314.50	385.50
TOTAL			1869.00	105.90	577.60	683.50	1185.50

(1) Acte RC non couvert

