

**Dossier :**

Réf : 20241028/08055095 Du : 28/10/2024
Gestionnaire : Idéclair Interpro
Téléphone : 01.49.57.17.26

M. KONRATH FABRICE
9 ALLEE DU LAVANDIN
BAT C LA CERISAIE
13013 MARSEILLE

Assuré :

Nom : KONRATH FABRICE
N° Assuré : 232 091
Bénéficiaire des soins : KONRATH FABRICE
Né(e) le : 24/02/1977
Contrat : FH/00203/ATO

Vincennes, le 28/10/2024

Devis Dentaire : Soins du 28/10/2024

Monsieur,

Après étude de votre demande, nous vous prions de bien vouloir trouver ci-après le détail de notre participation :

Dent	Libellé de l'acte	Qté	Dépense	Base Sécurité sociale	Rmbt Sécurité sociale	1ère Mutuelle	Rmbt Complémentaire
01	HBLD031:Prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	1,00	1 100,00€	182,75€	182,75€	0,00€	917,25€
45.46. 47.48. 31.32. 41.42. 36.37	HBLD138:Prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents	1,00	720,00€	139,75€	139,75€	0,00€	580,25€
Totaux			1 820,00€		322,50€	0,00€	1 497,50€

Reste à charge : 0,00€

Dans ce cadre, afin de procéder au paiement de la prestation, nous vous remercions de bien vouloir nous adresser la facture correspondante accompagnée du présent document.

En tout état de cause, nous vous informons que notre règlement sera effectué sous réserve que :

- Le bénéficiaire des soins soit toujours couvert dans les mêmes conditions et limites, à la date des soins,
- La facture présentée et les remboursements effectués par la Sécurité sociale soient, au final, conformes aux éléments transmis pour l'analyse du devis par nos services,
- Le bénéficiaire présente le décompte de la Sécurité sociale (si le dossier n'est pas transmis directement par la Sécurité sociale).

Pour l'orthodontie refusée, le paiement sera effectué à terme échu.

Nous vous précisons que ce devis est valable 6 mois à compter de ce jour. Au delà de cette date, il conviendra de renouveler votre demande.

Nous vous souhaitons une bonne réception de la présente, et nous vous prions d'agréer, Monsieur, nos salutations distinguées.

Le service Idéclair