



Vos références :

Assureur : SMATIS FRANCE

N° Affiliation : 10013350

Type Contrat : Santé

N° Personne : 249618

OUADIRI HAFID
CROIX ROUGE
PORTE N C043 141 AV DE LA
13013 MARSEILLE

Marseille, le 21/10/2024

Objet : Votre estimation de remboursement

Bonjour OUADIRI Hafid,

Suite à votre demande, vous trouverez ci-dessous l'estimation de remboursement pour vos soins, d'après les éléments transmis :

DEVIS VALABLE 3 MOIS*

Nature et codification des soins	Frais Réels (en €)	Base Sécu (en €)	Taux Sécu	Remb. Sécu (en €)	Remb. autre (en €)	Notre Remb. (en €)	Reste à charge assuré (en €)
PF1 - PROTHESE FIXE RAC MODERE <i>Non OPTAM - conventionné</i> DENT(S) : 25.26.27.	1 635,00 €	279,50 €	60,00%	167,70 €	0 €	810,55 €	656,75 €
PDT - PROTHESE DENTAIRE PROVISoire <i>Non OPTAM - conventionné</i> DENT(S) : 25.26.27.	240,00 €	240,00 €	0,00%	0 €	0 €	240,00 €	0 €
ICO - INLAY-CORE <i>Non OPTAM - conventionné</i> DENT(S) : 25.	300,00 €	90,00 €	60,00%	54,00 €	0 €	126,00 €	120,00 €
ICO - INLAY-CORE <i>Non OPTAM - conventionné</i> DENT(S) : 27.	300,00 €	90,00 €	60,00%	54,00 €	0 €	113,45 €	132,55 €
TOTAL (en €)	2 475,00 €			275,70 €	0 €	1 290,00 €	909,30 €

* Sous réserve, lors de la réalisation des soins, de l'affiliation de OUADIRI AMAL au contrat et/ou d'éventuelles modifications de garanties et mise en application de nouveaux décrets.

Si votre contrat prévoit une limitation annuelle de garanties (en euros et/ou en nombre d'actes), notre remboursement sera limité au plafond disponible à la date des soins. Cette estimation ne tient pas compte de tout autre devis traité précédemment ou à venir.



GAGNEZ DU TEMPS !

Pour toutes vos démarches, privilégiez votre **espace assuré baloo** et votre **appli mobile baloo**.

Pour y accéder, c'est simple ! Rendez-vous sur **baloo-gestion.fr**.



Vos références :

Assureur : SMATIS FRANCE

N° Affiliation : 10013350

Type Contrat : Santé

N° Personne : 249610

OUADIRI HAFID
CROIX ROUGE
PORTE N C043 141 AV DE LA
13013 MARSEILLE

Marseille, le 21/10/2024

Objet : Votre estimation de remboursement

Bonjour OUADIRI Hafid,

Suite à votre demande, vous trouverez ci-dessous l'estimation de remboursement pour vos soins, d'après les éléments transmis :

DEVIS VALABLE 3 MOIS*

Nature et codification des soins	Frais Réels (en €)	Base Sécu (en €)	Taux Sécu	Remb. Sécu (en €)	Remb. autre (en €)	Notre Remb. (en €)	Reste à charge assuré (en €)
CZO - COURONNE ZIRCON RAC O <i>Non OPTAM - conventionné</i> DENT(S) : 12.	440,00 €	120,00 €	60,00%	72,00 €	0 €	368,00 €	0 €
CTO - COURONNE TRANSITOIRE RAC O <i>Non OPTAM - conventionné</i> DENT(S) : 12.	60,00 €	10,00 €	60,00%	6,00 €	0 €	54,00 €	0 €
TOTAL (en €)	500,00 €			78,00 €	0 €	422,00 €	0 €

* Sous réserve, lors de la réalisation des soins, de l'affiliation de OUADIRI HAFID au contrat et/ou d'éventuelles modifications de garanties et mise en application de nouveaux décrets.

Si votre contrat prévoit une limitation annuelle de garanties (en euros et/ou en nombre d'actes), notre remboursement sera limité au plafond disponible à la date des soins. Cette estimation ne tient pas compte de tout autre devis traité précédemment ou à venir.

Lors de la réalisation des soins et afin de nous permettre de procéder au remboursement dans les meilleurs délais, nous vous invitons à nous transmettre :

- La copie de la **facture détaillée** et/ou du **bordereau de facturation** (S3404) correspondant
- Le **décompte** de la Sécurité sociale si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission (envoi automatique des décomptes de frais de santé par la Sécurité sociale à baloo)



GAGNEZ DU TEMPS !

Pour toutes vos démarches, privilégiez votre **espace assuré baloo** et votre **appli mobile baloo**.

Pour y accéder, c'est simple ! Rendez-vous sur **baloo-gestion.fr**.