

REMBOURSEMENT ET SOMME RESTANT A VOTRE CHARGE

N° de dent	Code CCAM	Nature de l'acte	Dépense	Base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire	Montant remboursé par la Mutuelle	Votre reste à charge
	HBED024	PARODONTOLOGIE REFUSEE	800,00 €	0,00 €	0,00 €	300,00 €	500,00 €
	LBLD003	Acte médical de Chirurgien-Dentiste Refusé	86,40 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	86,40 €
TOTAL			886,40 €		0,00 €	300,00 €	586,40 €

Comment bénéficier de votre remboursement ?

- **Si vos soins sont réalisés en cabinet :**
 - Pour les frais dentaires remboursés par le Régime Obligatoire :
Adresser le décompte du Régime Obligatoire ainsi que la facture nominative, acquittée et détaillée précisant la nature des frais engagés ainsi que la localisation dentaire (uniquement si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, sinon le remboursement se fera automatiquement).
 - Pour les frais dentaires non remboursés par le Régime Obligatoire :
Adresser la facture nominative, acquittée et détaillée des frais engagés précisant la localisation dentaire.
- **Si vos soins sont réalisés en consultations externes en hôpital ou en clinique :**
 - Adresser l'attestation de paiement remise par la trésorerie, accompagnée de l'avis des sommes à payer précisant l'acte, la localisation dentaire et la base de remboursement.

Une fois les justificatifs réunis, vous pouvez nous les transmettre :

- Via votre **espace adhérent**, dans la rubrique "Contactez-nous" puis "Envoyer un document"
- Par **courrier** à l'adresse de votre centre de gestion qui figure sur votre carte tiers payant