

Proposition :

Références à rappeler :

Assuré : MR DIGNAT JEROME

N°INSEE : 1670444109257

Contrat : 002718900001003

N° de requête : MAIL 3313852

Bénéficiaire des soins : DIGNAT PATRICIA

MR DIGNAT JEROME

49 BD JEAN EUGENE CABASSUD

13010 MARSEILLE

Wasquehal, le 23/07/2020

EVALUATION DU MONTANT DES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES DENTAIRE

Cette évaluation est délivrée dans les conditions de la nouvelle réglementation en vigueur depuis le 1^{er} Avril 2019.

En raison de l'épidémie de Covid 19, nous vous informons que la durée de validité du présent devis sera de 3 mois à compter de la levée du confinement imposé par les Pouvoirs Publics.

LIBELLÉ ACTES	NOMBRE D'ACTES	FRAIS RÉELS	REMBOURSEMENT SECU.SOCIALE	NOTRE REMBOURSEMENT	AUTRE MUTUELLE	RESTE A CHARGE
ICO Inlay-Core CCAM - 15	1.00	300.00 €	63.00 €	237.00 €	0.00 €	0.00 €
PFC Proth.Dentaire CCAM - 15	1.00	650.00 €	75.25 €	354.75 €	0.00 €	220.00 €
ICO Inlay-Core CCAM - 14	1.00	300.00 €	63.00 €	237.00 €	0.00 €	0.00 €
PFC Proth.Dentaire CCAM - 14	1.00	650.00 €	75.25 €	354.75 €	0.00 €	220.00 €

En fonction des informations fournies par votre praticien, à ce jour, selon les garanties de votre contrat vous pouvez bénéficier d'un montant de remboursement complémentaire de **1183.50 Euros**.

Important : veuillez noter que le présent document est établi à titre indicatif et ne peut constituer un accord de prise en charge des montants précités. Votre remboursement sera conditionné par plusieurs éléments :

- L'exécution effective des actes concernés, la réalité des informations fournies par le praticien et l'intervention de la Sécurité sociale pour la prise en charge partielle du coût de chacun des actes concernés,
- Le maintien en vigueur de la tarification de remboursement de la Sécurité sociale à la date des soins,
- L'évolution éventuelle d'ici la date des soins des garanties de votre contrat d'assurance (**Attention, les garanties sont susceptibles d'évoluer au 31 Décembre de l'année en cours**) et l'application éventuelle d'un plafonnement contractuel périodique du montant de remboursement relatif à certains types de soins :

PRESENCE D'UN PLAFOND DENTAIRE : ☒ OUI

Remarque : en cas de plafond annuel, ce devis ne tient pas compte des demandes de remboursement ou de devis en attente non réglés à ce jour.

- Le maintien en vigueur de votre contrat à la date des soins.

*si votre contrat est responsable selon l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale, au-delà du plafond indiqué, la garantie sera :

- TM + 25% BR pour les prothèses et l'orthodontie pris en charge par la SS

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés vous confère un droit d'accès et de rectification à l'égard des informations que nous détenons à votre sujet