

Nom Prénom assuré(e) : BARRA GILBERT
Dossier suivi par : ROTONDO CHRISTINE
N° de téléphone : 04 84 90 01 69

M GILBERT BARRA
9 RUE DE SMYRNE
13005 MARSEILLE

Marseille, le 27/12/2022

DEVIS

A la suite de votre demande, nous vous adressons ci-dessous les modalités de remboursement correspondant au devis que vous nous avez fait parvenir.

Nous vous rappelons que ces renseignements ne sont donnés qu'à titre indicatif et en fonction du devis que vous nous avez communiqué. Si l'un des éléments devait être modifié, ce devis serait considéré comme nul.

Code acte	Libellé de l'acte	Nom Prénom Bénéficiaire	Date de soins	Dépense réelle	Qté	Coef.	Tx RO	Montant R.O	Montant R.C
PA105	PROTHÈSE AMOVIBLE RAC MODÉRÉ	BARRA GILBERT	22/12/2022	1 430,00	1	1,00	70,00	188,13	671,87

Montant du règlement complémentaire : 671,87 €

Montant total remboursé (régime obligatoire + régime complémentaire) = 860,00 €

Reste à charge : 570,00 €

ATTENTION :

Ces montants ne valent pas engagement de votre complémentaire santé. Ils ont été estimés en fonction des informations contenues dans le devis communiqué. Les remboursements ne seront effectués que sur présentation des justificatifs, dans la limite des dépenses engagées et selon les conditions prévues dans votre contrat.

Pour les garanties plafonnées ou bénéficiant d'un renfort, la présente estimation ne tient pas compte des devis précédemment établis, des prestations susceptibles d'être remboursées avant le règlement de ces soins et du montant dû dans la limite du plafond de cette garantie.

De plus, les actes Hors Nomenclature (HN) ne font l'objet d'aucun remboursement de notre part sauf spécificité liée au contrat.

Pour plus d'information sur les éléments figurant ci-dessus, nous vous invitons à vous référer à votre grille de garantie.

Dans cette attente, nous vous remercions pour votre confiance et nous vous prions de croire, cher adhérent, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

CHRISTINE ROTONDO

15

Nom Prénom assuré(e) : BARRA GILBERT
Dossier suivi par : ROTONDO CHRISTINE
N° de téléphone : 04 84 90 01 69

M GILBERT BARRA
9 RUE DE SMYRNE
13005 MARSEILLE

Marseille, le 27/12/2022

DEVIS

A la suite de votre demande, nous vous adressons ci-dessous les modalités de remboursement correspondant au devis que vous nous avez fait parvenir.

Nous vous rappelons que ces renseignements ne sont donnés qu'à titre indicatif et en fonction du devis que vous nous avez communiqué. Si l'un des éléments devait être modifié, ce devis serait considéré comme nul.

Code acte	Libellé de l'acte	Nom Prénom Bénéficiaire	Date de soins	Dépense réelle	Qté	Coef.	Tx RO	Montant R.O	Montant R.C
PF001	PROTHÈSE FIXE RAC 0	BARRA GILBERT	22/12/2022	500,00	1	1,00	70,00	84,00	416,00
CT0	COURONNE TRANSITOIRE RAC 0	BARRA GILBERT	22/12/2022	60,00	1	1,00	70,00	7,00	53,00

Montant du règlement complémentaire : 469,00 €

Montant total remboursé (régime obligatoire + régime complémentaire) = 560,00 €

Reste à charge : 0 €

ATTENTION :

Ces montants **ne valent pas engagement de votre complémentaire santé**. Ils ont été estimés en fonction des informations contenues dans le devis communiqué. Les remboursements ne seront effectués que sur présentation des justificatifs, dans la limite des dépenses engagées et selon les conditions prévues dans votre contrat.

Pour les garanties plafonnées ou bénéficiant d'un renfort, la présente estimation ne tient pas compte des devis précédemment établis, des prestations susceptibles d'être remboursées avant le règlement de ces soins et du montant dû dans la limite du plafond de cette garantie.

De plus, les actes Hors Nomenclature (HN) ne font l'objet d'aucun remboursement de notre part sauf spécificité liée au contrat.

Pour plus d'information sur les éléments figurant ci-dessus, nous vous invitons à vous référer à votre grille de garantie.

Dans cette attente, nous vous remercions pour votre confiance et nous vous prions de croire, cher adhérent, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

CHRISTINE ROTONDO