



Groupama

Pour tout renseignement
GROUPAMA PARIS VAL DE LOIRE
PRESTATION SANTE
TSA 30222
45169 OLIVET CEDEX

M. GILLES FRENKIAN
4 AVENUE DE LA GRANDE BASTIDE
LE CABOT
13009 MARSEILLE

Tél 0 969 365 200 (coût d'un appel local)
du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00
@: prestations-sante@groupama-pvl.fr

OLIVET, le 25/03/2021

N° Contrat : **28382510000991004795157**
N° INSEE : **154061305534796**

Cher sociétaire,

Vous nous avez adressé un ou des devis relatif(s) à des traitements dentaires .

Les informations y figurant nous ont permis de calculer le montant de vos remboursements ainsi que votre reste à charge. Ce calcul est établi sur la base des garanties actuelles de votre contrat et sous réserve de leur pérennité à la date des soins. Sa validité est limitée à 3 mois, mais, en tout état de cause, expire au 31 Décembre de l'année en cours.

Toutefois, ces montants seraient susceptibles d'être revus :

- si, à la date de vos soins, vous avez modifié le niveau de vos garanties
- si, à cette même date, votre contrat a été résilié
- si votre régime obligatoire décidait d'une autre prise en charge que celle que nous vous indiquons
- si, avant de faire réaliser les soins figurant sur votre ou vos devis, vous avez bénéficié d'autres remboursements pour des traitements préalablement pratiqués
- si enfin, vous avez été remboursé par une autre complémentaire santé.

Ce courrier ne constitue pas une autorisation de dispense d'avance de frais (tiers payant).

Les réponses aux différents devis calculés ne se cumulent pas.

Par ailleurs, nous vous informons que la loi du 4 mars 2002 a rendu obligatoire pour les praticiens libéraux la souscription d'une assurance couvrant leur responsabilité professionnelle (article L.1142-2 du code de la Santé Publique). Votre chirurgien-dentiste pratiquant la pose d'implant a nécessairement contracté une assurance responsabilité civile professionnelle couvrant ce type d'acte.

Bien entendu, nous nous tenons à votre entière disposition du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 au **0 969 365 200** (coût d'un appel local) pour vous apporter sur l'ensemble de ces points les informations supplémentaires que vous jugeriez nécessaires.

Pour **M. GILLES FRENKIAN**

**M. GILLES FRENKIAN
4 AVENUE DE LA GRANDE BASTIDE
LE CABOT
13009 MARSEILLE**

Vous trouverez sur votre espace client, selon votre contrat, des informations et services utiles comme par exemple : le détail de vos garanties, de vos remboursements, les coordonnées et la géo localisation des professionnels des réseaux SEVEANE qui font l'objet d'une mise à jour régulière et si vous le souhaitez, des alertes mails à chaque paiement santé.

Nous vous prions de recevoir, Cher sociétaire, l'expression de nos salutations distinguées.

Votre Conseiller Santé

M. GILLES FRENKIAN
4 AVENUE DE LA GRANDE BASTIDE
LE CABOT
13009 MARSEILLE

Pour M. GILLES FRENKIAN

REMBOURSEMENT ET SOMME RESTANT A VOTRE CHARGE

N° de dent	Traitement envisagé	Base de Rembt. Régime Obligatoire (€)	Honoraires du praticien (€)	Rembt. Régime Obligatoire (€)	Notre Remboursement (€)	Remboursement total (€)	Somme restant à charge (€)
26	Pose de 1 implant	0.00	700.00	0.00	450.00	450.00	250.00
26	Pose 1 vis de cicatrisation	0.00	150.00	0.00	150.00	150.00	0.00
26	Pilier implantaire 1 dent	0.00	250.00	0.00	0.00 (1)	0.00	250.00
26	Comblement unilatéral sous sinusien	0.00	600.00	0.00	0.00 (1)	0.00	600.00
26	Couronne céramométallique sur implant	107.50	700.00	75.25	247.25	322.50	377.50
TOTAL			2400.00	75.25	847.25	922.50	1477.50

(1) Limite de garantie déjà atteinte