

P PCGSTETIE 134020551

PECDT G

Pour toute correspondance :

CENTRE DE GESTION ST ETIENNE
8 PLACE DE L HOTEL DEVILLE
CS 40028
42001 ST ETIENNE CEDEX I
Tél. : 0 821 01 20 80 (0,12 € TTC la min)
Fax : 04 77 42 35 81

Références à rappeler :

Votre identifiant : I34020551
N° adhérent : 24200170
Bénéficiaire : MARILLOU GALAS
Né(e) le : 27/06/1991
N° régime obligatoire : 291061315549334

SELARL DE CHIR DENT DU BD M LAUZE
78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE
13010 MARSEILLE

Le 2 septembre 2020

Madame, Monsieur,

Après étude du dossier transmis, vous trouverez ci-dessous le montant du remboursement prévu dans la garantie du bénéficiaire. Le calcul du remboursement de la mutuelle tient compte de la situation du bénéficiaire à la date de la prise en charge et des éléments que vous nous avez fournis.

Toute fausse déclaration est passible des peines prévues par les articles 441-I à 441-12 du Code pénal.

Bien cordialement.

Nature acte	Frais réels	Régime obligatoire *			Remboursement Mutuelle	Reste à charge
		Base	Taux	Rembt		
Inlay Onlay dent(s) concernée(s) : 16	450,00	100,00	70 %	70,00	230,00	150,00
	450,00 €			70,00 €	230,00 €	150,00 €

* informations à titre indicatif selon les taux et tarifs sécurité sociale actuellement en vigueur

Nom prénom (à renseigner par le signataire) :

Date :

Le patient reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement, atteste que les soins sont conformes à la prise en charge et autorise le praticien à percevoir le montant de ses prestations.

Signature