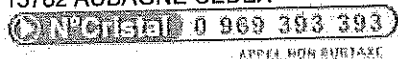


MADAME AMSELLEM JOSETTE

Aubagne-Ville
Agence Aubagne Ville - CS 21160
13782 AUBAGNE CEDEX

44 ALL DE LA ROUGIERE
13011 MARSEILLE



Dossier suivi par : Girard Tréchet Corinne

Aubagne, le 06/07/2020

N° contrat : 243807 - N° SS : 1441194104041
Bénéficiaire des soins : AMSELLEM GUY

Madame,

Nous faisons suite à votre demande de devis. Nous vous informons que l'estimation mentionnée ci-dessous est donnée à titre indicatif et n'a pas de valeur contractuelle.

Nos remboursements dépendent :

- ☒ de la prise en charge effective par votre organisme d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO),
- ☒ de l'ouverture de vos droits aux prestations à la date de prise en charge par l'AMO ou à défaut à la date de facturation,
- ☒ des prestations dont vous bénéficiez, à cette date, au titre de votre garantie complémentaire (Montant AMC),
- ☒ des sommes qui vous ont déjà été remboursées pour les prestations exprimées dans la limite d'un plafond annuel ou sous forme de forfaits, ou des sommes susceptibles d'être versées par une 1^{ère} mutuelle (Montant autre mut.).
- ☒ de la stricte adéquation entre les prestations fournies et facturées, et celles communiquées sur le devis du professionnel de santé, ainsi que de la qualité et de la précision des informations portées sur le devis par votre praticien,
- ☒ de l'adhésion du praticien à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO).

Rappel soins à l'étranger : Le remboursement des soins effectués à l'étranger est assuré dans la limite de la garantie souscrite et sous réserve de la prise en charge préalable de l'assurance maladie obligatoire. Les soins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

N° Dent	Acte	Mat	Profil Tiers	CAS	Montant Dépense	Base AMO	Taux AMO	Montant AMO	Montant autre mut.	Montant AMC	Reste à charge
11	HBLD680 Pose d'une couronne den...	00	LIB	Non	500,00	120,00	70	84,00	0,00	416,00	0,00
12	HBLD680 Pose d'une couronne den...	00	LIB	Non	500,00	120,00	70	84,00	0,00	416,00	0,00
12	HBLD090 Pose d'une infrastructu...	00	LIB	Non	175,00	90,00	70	63,00	0,00	112,00	0,00
13	HBLD680 Pose d'une couronne den...	00	LIB	Non	500,00	120,00	70	84,00	0,00	416,00	0,00
					1 675,00	450,00		315,00	0,00	1 360,00	0,00

Ce devis est valable pour l'année civile en cours. Il est à renouveler si les actes sont pratiqués sur l'année suivante.

* A défaut d'information, le calcul se fera sur la base de remboursement des médecins n'ayant pas signé l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO).

Le profil tiers indique la nature du tiers professionnel : LIBéral, Organisme Santé Mutualiste, HOPital, ou SEH : soins externes.

Nous restons à votre disposition pour tout complément d'information et vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos salutations mutualistes.

Le Représentant de la Mutuelle

Identification du chirurgien-dentiste traitant
 Identifiant du praticien ESKENAZI ROBERT
 N° de rattachement (FINESS):

Identification du patient
 Nom et prénom: AMSELLEM
 N° de Sécurité sociale du patient: 144119410404131
 GUY Date de naissance: 09-11-44

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes										
N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature du l'acte	Matériaux utilisés (*)	Parier (*)	Honoraires initiaux de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Taux de remboursement AMO	Montant remboursé AMO	Montant non remboursé AMO
1	11	HBLD680	Couronne E-max 1-2-3-4	emax	R.0	/ 500,00	120,00	84,00	0,00	416,00
					R.0	/ 500,00	120,00	84,00	0,00	416,00
2	12	HBLD680	Couronne E-max 1-2-3-4	emax	R.0	✓175,00	90,00	63,00	0,00	112,00
3	12	HBLD090	Inlay core pour Rac 0	emax	R.0	✓500,00	120,00	84,00	0,00	416,00
4	13	HBLD680	Couronne E-max 1-2-3-4	emax		1 675,00	450,00	315,00	0,00	1 360,00
Total:										