



**M COL ALAIN
62 AV VALMONT
9 EME ARRONDISSEMENT
13009 MARSEILLE**

Objet : Devis DENTAIRE - N°00000090134833

Annecy, le 20/10/2020

Monsieur,

Nous accusons réception de votre devis.

Conformément à votre demande, nous avons complété celui-ci sous réserve d'acceptation de votre régime obligatoire (Sécurité sociale ou autre).

Nous vous rappelons que tous les actes exécutés par votre praticien doivent être expressément mentionnés sur la facture. Tout acte non pris en charge par le régime obligatoire ne pourra faire l'objet d'un remboursement de notre part, sauf mentions contraires contractuelles.

Vous souhaitant bonne réception de la présente, et restant à votre disposition pour tous renseignements complémentaires, nous vous prions d'agréer, Monsieur, l'assurance de nos salutations distinguées.

Le service Prestations
TIFFAY Virginie/G



Devis DENTAIRE

GFP
CG74
28039 CHARTRES CEDEX

gestion.annecy@gfpfrance.com
www.gfpfrance.com

Réf. document : 00000090134833
Type de frais : Dentaires
E-MAIL : alain.col@cegetel.net

M COL ALAIN
62 AV VALMONT
9 EME ARRONDISSEMENT
13009 MARSEILLE

Annecy, le 20/10/2020

Le présent devis ne constitue qu'une simulation et non un calcul réel de remboursement. IMPORTANT : il ne prend pas en compte les éventuels devis antérieurs pour la consommation maximale et est établi sur la base des garanties souscrites à la date du devis. Le paiement ne sera effectif que sur présentation des décomptes ou de la télétransmission de la Sécurité sociale accompagnées de la facture détaillée du praticien pour les actes remboursés au titre du régime obligatoire. Pour tous les autres soins, il convient de nous adresser la facture originale détaillée et acquittée.

1. Références de l'Assuré

Nom : COL

Prénom : ALAIN

N° S.S. : 1520613055214

Références du Bénéficiaire

Nom : COL

Prénom : ALAIN

N° S.S. : 1520613055214

Lien familial avec l'Assuré : Assuré principal

2. Dates

Date de demande Devis : 16/10/2020

Devis valable 3 mois à compter de la date d'établissement.

3. Détails du devis

Nous attirons votre attention sur le fait que des changements réglementaires sont intervenus à compter du 1er janvier 2020 avec la mise en place partielle du 100% santé sur les couronnes et bridges.

Actes	Qtes	Dépenses	Remb.S.S.	Autre Mut.	Complément	A charge
IMPLANTS DENTAIRES	1,00	950,00	0,00	0,00	514,20	435,80
NON REMBOURSABLE	1,00	219,00	0,00	0,00	0,00	219,00
Total	2,00	1169,00	0,00	0,00	514,20	654,80

Attention : ces frais peuvent faire l'objet d'un contrôle exercé par notre chirurgien dentiste consultant avec production de radiographies. Nous vous rappelons que les actes non pris en charge par le régime obligatoire ne peuvent faire l'objet d'un remboursement de notre part (sauf conditions particulières prévues à votre contrat).

Le service Prestations
TIFFAY Virginie/G

Notre accueil téléphonique de 8h30 à 18h00

0 825 802 830

Service 0,15 € / min
+ prix appel

2/2

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, l'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de toute information le concernant.