

Dossier traité par : SN
Ligne directe : 01.70.91.39.01

N° SS : 2880513055877
Société : THE MARKETING GROUP
Contrat : NON CADRE ACTIF ISOLE
N° devis : 794458

MLE DONIA BENHAMEL
63 TRAVERSE DE LA GOUFFONNE
LE MASSALIA 2 APPT 513
13009 MARSEILLE

Clichy, le 12.10.2020

CONSEILS : J'évite l'avance de frais en dentaire.



VIVINTER vous permet d'accéder, selon votre contrat frais de santé, au service de tiers payant auprès d'un réseau de professionnels conventionnés.

En présentant votre carte de tiers payant à votre dentiste, celle-ci vous permet d'éviter l'avance de vos frais dentaire dans la limite des garanties de votre contrat. En cas de reste à charge vous l'acquitterez directement auprès de votre dentiste. A votre demande, votre praticien effectuera les démarches nécessaires à l'obtention d'un accord de prise en charge et nous enverra la facture de la part complémentaire pour règlement de vos dépenses.

Pour en savoir plus sur le tiers payant et trouver un partenaire proche de chez vous, connectez-vous dans votre Espace assuré, sur www.vivinter.fr, rubrique « Votre tiers payant ».

Mademoiselle,

Vous nous avez fait parvenir il y a quelques jours un devis dentaire pour traitement concernant BENHAMEL DONIA. Conformément à votre demande, nous avons procédé à son estimation, vous trouverez ci-dessous le détail :

Désignation	Frais réels	Coef nbre	Taux	Rbt SS	Autre Rbt	Notre Rbt	Reste à charge
COURONNE 47	550.00	1.00	70	84.00		384.00	82.00
INLAY CORE 47	175.00	1.00	70	63.00		112.00	0.00
COURONNE PROV 47	60.00	1.00	70	7.00		32.00	21.00

Informations particulières :



VIVINTER

UNE MARQUE DU GROUPE SIACI SAINT HONORE

www.vivinter.fr

VIVINTER
TSA 70 004
93 414 Saint-Denis Cedex

La proposition 100% SANTE sans « reste à charge » (sous réserve du respect des Prix Limite de Vente) est prise en charge en totalité par la Sécurité Sociale et VIVINTER, et ne requiert pas d'estimation chiffrée.

Si votre contrat prévoit une limitation annuelle, cette estimation ne tient pas compte des devis déjà réalisés.

Ce devis est valable 6 mois sous réserve :

- du remboursement des actes par la Sécurité sociale hors soins non remboursables,
- qu'aucune modification contractuelle et/ou réglementaire n'interviennent entre la date du devis et celle de survenance des actes,
- que la facturation établie soit libellée conformément au présent devis,
- que le plafond annuel de vos remboursements, ne soit pas atteint au moment du remboursement si vos garanties le précisent.
- de participation d'un autre organisme complémentaire.

Vous voudrez bien nous faire parvenir :

- **Pour les actes remboursables** : le décompte du régime obligatoire (si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission NOEMIE).
- **Pour les actes non remboursables** : la facture établie par votre praticien comportant le cachet ainsi que la mention « dûment acquittée » spécifiant : le n° de dent, la cotation CCAM détaillée de l'acte (code et libellé), le montant des frais réels, la mention non remboursable.

7716175 :Ce devis fait suite à votre demande émise par e-mail.

Nous vous prions de croire, Mademoiselle, à l'assurance de nos sentiments dévoués.

Service Frais de Santé