



Boulogne, le 12 Août 2013

Madame,

Vous nous avez fait parvenir un devis, nous avons un conseil à vous apporter vous permettant de réduire votre reste à charge de 316,00 € mais nous n'avons pas pu vous joindre par téléphone pour vous en informer.

Je vous invite à nous recontacter rapidement au 01 46 06 97 94 du lundi au vendredi de 9h à 19h30 et le samedi de 9h à 17h.

Pour information, vous trouverez ci-dessous, selon les critères retenus dans votre devis, le montant de vos remboursements :

Identification Patient (P) / N° Ref ~~XXXXXXXXXXXX~~

MNPAF	N° Contrat : 00000004		
P	Nom : <del>XXXXXXXXXX</del>	Prénom : ANNIE	Né(e) le : <del>XXXXXXXXXX</del>
Régime social : REGIME DES SALARIES			

Détail de l'évaluation de remboursement au 12 Août 2013  
Sur la base des prestations applicables sur l'année civile en cours.

Nature de l'acte	Cotation	Code gestion	Montant dépenses	Montant remboursé R.O*	Montant remboursé complémentaire**	Restant à charge pour l'assuré
Consulte	1 000 00	n.s.	70,00	70,00 €	00,00 €	00,00 €
Consulte	1 000 00	n.s.	70,00	70,00 €	00,00 €	00,00 €
TOTAL EN EUROS			1 400,00 €	140,00 €	00,00 €	1 260,00 €

*Sous réserve que la facturation établie soit libellée conformément au devis initial.*

\* Sous réserve de la prise en charge maladie obligatoire (AMO) du montant indiqué dans le tableau.

\*\* Sous réserve de l'ouverture de vos droits à la date des soins et l'intégralité consommation des prestations de votre garantie.

N'oubliez pas : utiliser MNPAF Santéclair, c'est la garantie de bénéficier, en dentaire comme en optique, des meilleurs conseils pour des soins au juste prix.

Cordialement,  
Samy ZAMMIT  
Votre conseiller Santéclair.


