

N° DEVIS : SD2411000745

Dossier suivi par : Le service prestations

Alexandre POUPINET
LE VERT CLOS ROUTE DE VALDONNE
13124 PEYPIN

A Tours, le 18 novembre 2024

SIMULATION DENTAIRE 2024
VALABLE 3 MOIS

IDENTIFICATION DE L'ASSURE	IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE
Nom et Prénom : POUPINET Alexandre	Nom et Prénom : POUPINET Alexandre
N° de Sécurité Sociale : 1 79 07 13 055 173	N° de Sécurité Sociale : 1 79 07 13 055 173
N° Adhérent : 60016077	Né le

PRESTATIONS PREVUES PAR NOTRE MUTUELLE
(Sous réserve d'acceptation du Régime Obligatoire)

N° Dent	Désignation	Dépense	Qté	Prix unitaire	Base S.S.	Mt RO	Mt RC	Reste à charge
44-46	HBLD364 Proth amov résine	275,00	1	275,00	275,00	165,00	110,00	0,00

SOUS RÉSERVE que le bénéficiaire soit à jours de ses cotisations, adhérent à la date de la demande du devis, de la livraison et de la facturation, et sous réserve de tout changement de la réglementation ou du produit.

Afin d'obtenir votre remboursement, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner votre facture accompagnée du passeport implantaire pour la pose d'un implant ou de la déclaration de conformité pour toute prothèse dentaire exceptée la transitoire.

Les soins dentaires liés au 100% santé seront réglés dès que la couronne définitive sera posée et sur justificatifs demandés.

Montant total de la dépense :	275,00 €
Montant pris en charge par le Régime Obligatoire :	165,00 €
Montant pris en charge par la mutuelle :	110,00 €
Montant restant à votre charge :	0,00 €

N° DEVIS : SD2411000744

Dossier suivi par : Le service prestations

Alexandre POUPINET
LE VERT CLOS ROUTE DE VALDONNE
13124 PEYPIN

A Tours, le 18 novembre 2024

**SIMULATION DENTAIRE 2024
VALABLE 3 MOIS**

IDENTIFICATION DE L'ASSURE	IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE
Nom et Prénom : POUPINET Alexandre N° de Sécurité Sociale : 1 79 07 13 055 173 N° Adhérent : 60016077	Nom et Prénom : POUPINET Alexandre N° de Sécurité Sociale : 1 79 07 13 055 173 Né le

PRESTATIONS PREVUES PAR NOTRE MUTUELLE
(Sous réserve d'acceptation du Régime Obligatoire)

N° Dent	Désignation	Dépense	Qté	Prix unitaire	Base S.S.	Mt RO	Mt RC	Reste à charge
44-46	HBLD227 Bg 3CM s/CPM Rmod	1600,00	1	279,50	279,50	167,70	251,55	1180,75
44-46	PDR Proth. dent. refus.	250,00	3	0,00	0,00	0,00	250,00	0,00
46	HBLD745 Inlay core RAC mod	175,00	1	90,00	90,00	54,00	81,00	40,00
44	HBLD745 Inlay core RAC mod	175,00	1	90,00	90,00	54,00	81,00	40,00

SOUS RÉSERVE que le bénéficiaire soit à jours de ses cotisations, adhérent à la date de la demande du devis, de la livraison et de la facturation, et sous réserve de tout changement de la réglementation ou du produit.
Afin d'obtenir votre remboursement, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner votre facture accompagnée du passeport implantaire pour la pose d'un implant ou de la déclaration de conformité pour toute prothèse dentaire exceptée la transitoire.
Les soins dentaires liés au 100% santé seront réglés dès que la couronne définitive sera posée et sur justificatifs demandés.

Montant total de la dépense :	2200,00 €
Montant pris en charge par le Régime Obligatoire :	275,70 €
Montant pris en charge par la mutuelle :	663,55 €
Montant restant à votre charge :	1260,75 €