

**Pour toute correspondance :**

Harmonie Mutuelle  
TSA 90130  
37049 TOURS CEDEX I  
Tél. : 0 980 980 880 (numéro non surtaxé)  
Fax : 04 77 42 35 81

**Références à rappeler :**

N° adhérent : 03324218  
Bénéficiaire : HABIBA AOUZAL  
Né(e) le : 22/02/1972  
N° régime obligatoire : 272029935032773

**MADAME HABIBA AOUZAL**  
**57 RUE DES CHENES**  
**42210 CRAINTILLEUX**

Le 25 novembre 2020

Madame,

Suite à votre demande et après étude de votre dossier, vous trouverez ci-dessous le montant du remboursement estimé en fonction de votre garantie en vigueur à ce jour et des éléments que vous nous avez fournis.

En cas de modification de votre contrat ou des soins du présent devis, pendant sa période de validité, une nouvelle estimation devra nous être demandée pour connaître le montant de notre participation.

Il en sera de même pour les prestations de ce devis devant être réalisées après le 1er janvier de l'année prochaine.

Pour rappel, votre garantie peut comporter une limite de prise en charge par année. Pour en connaître les modalités d'application, nous vous invitons à consulter votre tableau de garanties (accessible depuis votre espace dédié Mon Compte).

Bien cordialement.

Nature acte	Frais réels	Régime obligatoire *			Remboursement Mutuelle	Reste à charge
		Base	Taux	Rembt		
Implantologie dent(s) concernée(s) : 47	700,00	0,00	0 %	0,00	675,00	25,00
Implantologie dent(s) concernée(s) : 46	700,00	0,00	0 %	0,00	0,00	700,00
Implantologie dent(s) concernée(s) : 45	700,00	0,00	0 %	0,00	0,00	700,00
Prothèses transitoires dent(s) concernée(s) : 16	60,00	10,00	70 %	7,00	53,00	0,00
Prothèses transitoires dent(s) concernée(s) : 17	60,00	10,00	70 %	7,00	53,00	0,00
Prothèses transitoires dent(s) concernée(s) : 15	60,00	10,00	70 %	7,00	53,00	0,00
Prothèses transitoires dent(s) concernée(s) : 14	60,00	10,00	70 %	7,00	53,00	0,00
Inlays-Core dent(s) concernée(s) : 16	175,00	90,00	70 %	63,00	112,00	0,00
Inlays-Core dent(s) concernée(s) : 17	175,00	90,00	70 %	63,00	112,00	0,00

**Références à rappeler :**

N° adhérent : 03324218

Bénéficiaire : HABIBA AOUZAL

Né(e) le : 22/02/1972

N° régime obligatoire : 272029935032773

Nature acte	Frais réels	Régime obligatoire *			Remboursement Mutuelle	Reste à charge
		Base	Taux	Rembt		
Inlays-Core dent(s) concernée(s) : 15	175,00	90,00	70 %	63,00	112,00	0,00
Inlays-Core dent(s) concernée(s) : 14	175,00	90,00	70 %	63,00	112,00	0,00
Implantologie	150,00	0,00	0 %	0,00	0,00	150,00
Prothèses fixes dent(s) concernée(s) : 14	500,00	120,00	70 %	84,00	416,00	0,00
Prothèses fixes dent(s) concernée(s) : 15	550,00	120,00	70 %	84,00	366,00	100,00
Implantologie	900,00	0,00	0 %	0,00	0,00	900,00
	<b>5140,00 €</b>			<b>448,00 €</b>	<b>2117,00 €</b>	<b>2575,00 €</b>

\* informations à titre indicatif selon les taux et tarifs sécurité sociale actuellement en vigueur