

AVEC CE MANDAT VOUS DONNEZ LE DROIT À VOTRE DENTISTE DE TRANSMETTRE À NOTRE DENTISTE CONSULTANT LES ÉLÉMENTS DE VOTRE DOSSIER.

NOTRE MUTUELLE S'ENGAGE SUR UN PLAN EN 3 POINTS :

- ✓ Respect de la convention nationale des Chirugiens-Dentistes ✓ Respect du secret médical ✓ Respect des bonnes pratiques médicales

Secret médical

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 sur les droits des malades a inséré dans le Code de santé publique un droit à l'accès direct des patients à leur dossier.

Il s'agit d'un droit pour le patient, concrétisé au sein de l'article L1111-7 du code de la santé publique qui dispose :

.../... Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tiers.../...

CE MANDAT AUTORISE VOTRE PRATICIEN À TRANSMETTRE VOS RADIOS ET DOCUMENTS RELATIFS À VOTRE SITUATION MÉDICALE À NOTRE MÉDECIN CONSULTANT

J'ai été informé que je dispose, à tout moment, de la possibilité de transmettre moi-même les pièces demandées à ma mutuelle.

(LE BÉNÉFICIAIRE DES SOINS)

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Adresse :

CP Ville :

Téléphone : mail :

Numéro adhérent :

Concernant mon plan de traitement : ☐ Implantologie ☐ Prothèses ☐ Maladie Parodontale ☐ Orthodontie Dento-faciale

(LE DENTISTE)

Donne le mandat à mon docteur

Nom : Prénom :

Adresse :

CP Ville :

mail : N° national : ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐

Pour transmettre tout élément lié à ma situation médicale et mon plan de traitement dentaire :

- Devis complet
- Radio pré-opératoire panoramique
- Cone beam (scanner dentaire)
- Empreintes optiques
- Téléradio (radio de profil)
- Radio per-opératoire
- Radio post-opératoire
- Diagnostic et plan de traitement
- Charting ou fiche parodontale
- Déclaration de conformité

au

Docteur Richard Régnier, Dentiste Consultant
PRAECONIS - 6 rue Paul Morel - 70000 VESOUL

Fait à :

Le :

SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE DES SOINS
(ou de son représentant légal) (OBLIGATOIRE)

PRÉCISIONS IMPORTANTES

Essentiel : la mutuelle ne demande pas de radio à visée administrative : toutes les radios (pré, per et post opératoire) que nous vous demandons font partie du plan de traitement standard, selon les données acquises de la science.

les radios panoramiques, rétroalvéolaires, Cone beam (scanner dentaire), téléradio (radio de profil) ou empreintes optiques doivent être datés et identifiés informatiquement conformément au code de la santé publique.
Les mentions manuscrites ne sont pas acceptées. Votre radiologue garantit des clichés d’une qualité suffisante et des radios lisibles et interprétables. Une capture d’écran depuis l’outil informatique de votre dentiste ou radiologue est acceptée.

QUELS DOCUMENTS TRANSMETTRE POUR UN REMBOURSEMENT RAPIDE ?

| Plan de traitement | Obtenir l'accord préalable de votre mutuelle | Vérifier le bon déroulement des soins | Valider les soins | Engager le remboursement des frais |
|--|--|--|--|---|
| IMPLANTS | Transmettre le devis de votre dentiste accompagné d'une <u>radio panoramique</u> pré-opératoire et/ ou cone beam | Transmettre une radio per-opératoire vérifiant la bonne pose des implants avant pose des prothèses | Transmettre une radio post-opératoire <i>(après la pose des prothèses)</i> | Transmettre votre facture nominative, détaillée acquittée |
| PROTHESES sur IMPLANTS <i>(cas des dossiers sans couverture pour les implants)</i> | Transmettre le devis de votre dentiste accompagné d'une radio per-opératoire <i>(après la pose des implants mais avant celle des prothèses)</i> | | Transmettre une radio post-opératoire <i>(après la pose des prothèses)</i> | Transmettre votre facture nominative, détaillée acquittée |
| MALADIE PARODONTALE <i>(non remboursée par le RO)</i> | Transmettre le devis de votre dentiste accompagné : → d'une <u>radio panoramique</u> pré-opératoire → du bilan parodontal et du diagnostic précis | | | Transmettre votre facture nominative, détaillée acquittée |
| ORTHODONTIE ADULTE <i>(non remboursée par le RO)</i> | Transmettre le devis de votre dentiste accompagné : → d'une <u>radio panoramique</u> pré-opératoire et d'une téléradio <i>(radio de profil)</i> , à défaut les empreintes optiques → du diagnostic précis et du plan de traitement | | | Transmettre votre facture nominative, détaillée acquittée |
| PROTHESES <i>(remboursées ou non par le RO)</i> | Transmettre le devis de votre dentiste Si votre plan de traitement concerne des prothèses fixes sur 5 dents et plus : → joignez une radio panoramique pré-opératoire | | | Transmettre votre facture nominative, détaillée acquittée |
| INLAY-ONLAY | Transmettre le devis de votre dentiste | | Transmettre la déclaration de conformité | Transmettre votre facture nominative, détaillée acquittée |
| PROTHESE AMOVIBLE TRANSITOIRE | Transmettre le devis de votre dentiste | | Transmettre la déclaration de conformité | Transmettre votre facture nominative, détaillée acquittée |