



Membre de l'Alliance Mutualiste

MANDAT DE TRANSMISSION

RESTAURER LA CONFIANCE ASSURÉ – DENTISTE – PROTHÉSISTE – MUTUELLE

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

au

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

Fait à :

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

Le :

À LA RÉCEPTION DE CE MANDAT, LA MUTUELLE PRENDRA CONTACT AVEC VOTRE DENTISTE

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

DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE

conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au JO du 25 août 2018)

Page 1 / 2

Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité. Ce devis est informatif, les montants des honoraires et prises en charge sont définis selon les droits effectifs à la date de réalisation de l'acte. Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis.

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Nom Prénom : SCHUB Justine

Identifiant du praticien RPPS : 1 0 1 0 2 0 1 4 9 9 9 Numéro Adeli :

N° de l'établissement (FINESS) : 6 7 0 0 2 2 1 5 1

Raison sociale et adresse : CENTRE DENTAIRE ISA'SMILE
56 du Polygone 67100 STRASBOURG

Date du devis n° 10684 : 22 novembre 2023

Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 22/05/2024

Ce devis contient 2 pages indissociables

Description du traitement proposé :

Lieu de fabrication du dispositif médical :

au sein de l'Union Européenne

hors Union Européenne

sans sous-traitance du fabricant

avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée :

au sein de l'Union Européenne

hors Union Européenne

A l'issue du traitement, il vous sera remis une fiche de tracabilité et la déclaration de conformité du dispositif médical (document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

Légende explicative du devis :

* HN = Hors nomenclature

*** Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoire sont informatifs, la prise en charge définitive est définie à la date de réalisation de l'acte

Matériaux et normes	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
** Matériaux et normes	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	Soumis à honoraires limites de facturation	Sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsa
	4	Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	Soumis à honoraires limites de facturation	Selon le contrat du patient
*** Paniers	2	Modéré	Honoraires libres	Selon le contrat du patient
Panier complémentaire santé solidaire	3	Libre	Soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurés bénéficiaires de complémentaire Santé Solidaire
	4	Complémentaire santé solidaire		

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien RPPS : 1 0 1 0 2 0 1 4 9 9 9 Numéro Adeli : [REDACTED] ou
N° de l'établissement (FINESS) : 6 7 0 0 2 2 1 5 1

Identification du patient

Nom Prénom : MOULD CEDRIC
N° de Sécurité sociale du patient : 1 82 09 67 447 036 27

page 2 / 2

Traitement proposé

Description précise et détaillée des actes

N° de traitement	N° de dent ou localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Panier (****)	Honoraires limites de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire
1	24	HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté INLAY ONLAY COMPOSITE ou en alliage non précieux - RAC1	-	2	-	350,00	100,00	90,00	260,00
2	25	HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté INLAY ONLAY COMPOSITE ou en alliage non précieux - RAC1	-	2	-	350,00	100,00	90,00	260,00
TOTAL € (des actes envisagés)				700,00	200,00	180,00	520,00			

Information alternative thérapeutique

Actes sans reste à charge

Réalisé par votre praticien

Actes en reste à charge modéré

Réalisé par votre praticien

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement
Date et signature du patient ou du (oudes) responsable(s) légal (légaux)

Signature du Chirurgien-dentiste

Dr SCHUB Justine
Chirurgien-dentiste
RPPS : 10102014999



MMC
6 rue Paul MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX
FEUILLET PATIENT

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008722
Valable du 11/12/2023 au 10/03/2024

M MOULD CEDRIC

3 RUE DU RUISSEAU BLEU

67100 STRASBOURG

CONTACT

Ligne Directe : **03.84.75.22.52**

Fax : **03.84.75.20.21**

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 11 décembre 2023

Madame, Monsieur,

En réponse à votre demande, nous vous indiquons ci-dessous nos remboursements en fonction de vos indications concernant le bénéficiaire ci-dessous :

Bénéficiaire : MOULD CEDRIC Né(e) le :08/09/1982
N° Dossier : N104466 N° S.S. : 1820967447036 27

Date du devis : **11/12/2023**

Code Tiers National : **670022151**

**CENTRE DENTAIRE ISA'SMILE
67100 STRASBOURG**



Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Inlay onlay RAC M 2020 1	350.00	24		100.00	90.00	90.00	170.00
Inlay onlay RAC M 2020 1	350.00	25		100.00	90.00	90.00	170.00
TOTAUX	700.00			180.00	180.00	180.00	340.00

Notre règlement ne pourra pas excéder le montant des frais réels, et se fait uniquement par virement bancaire ou postal.

Notre prise en charge sera plafonnée aux frais réellement engagés, après déduction du remboursement du régime obligatoire (pour les éléments remboursables uniquement) et des éventuels autres régimes complémentaires intervenant.

Sous réserve de la radiation du contrat, du paiement des cotisations et/ou de tout changement de la réglementation ou de produit et d'une facturation strictement identique au devis.

SERVICE DENTAIRE



MMC
6 rue Paul MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

FEUILLET PRATICIEN (*)

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008722

Valable du 11/12/2023 au 10/03/2024

CENTRE DENTAIRE ISA'SMILE

56 DU POLYGONE

67100 STRASBOURG

CONTACT

Ligne Directe : **03.84.75.22.52**

Fax : **03.84.75.20.21**

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 11 décembre 2023

Madame, Monsieur,

En réponse à votre demande, nous vous indiquons ci-dessous nos remboursements en fonction de vos indications concernant le bénéficiaire ci-dessous :

Bénéficiaire : MOULD CEDRIC Né(e) le :08/09/1982

N° Dossier : N104466 N° S.S. : 1820967447036 27

Date du devis : 11/12/2023

Code Tiers National : 670022151

Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Inlay onlay RAC M 2020 1	350.00	24		100.00	90.00	90.00	170.00
Inlay onlay RAC M 2020 1	350.00	25		100.00	90.00	90.00	170.00
TOTAUX	700.00				180.00	180.00	340.00

Notre règlement ne pourra pas excéder le montant des frais réels, et se fait **uniquement** par virement bancaire ou postal.

Notre prise en charge sera plafonnée aux frais réellement engagés, après déduction du remboursement du régime obligatoire (pour les éléments remboursables uniquement) et des éventuels autres régimes complémentaires intervenant.

Sous réserve de la radiation du contrat, du paiement des cotisations et/ou de tout changement de la réglementation ou de produit et d'une facturation strictement identique au devis.

L'assuré demande la dispense d'avance de frais et le paiement direct au praticien pour la part remboursée par la mutuelle.

Bon pour accord

Date Signature de l'assuré

SERVICE DENTAIRE

(*) à retourner, daté, signé, au service dentaire en cas d'accord de tiers payant

Adhérent n° N104466

M. CEDRIC MOULD

Email : cedric_mould@hotmail.fr

Tel : 06 64 28 96 56

Mutuelle : MMC

Bénéficiaires

M. CEDRIC MOULD (CF)

Né(e) le 08/09/1982

M. VALENTIN MOULD (EN)

Né(e) le 22/01/2016

M. GABRIEL MOULD (EN)

Né(e) le 11/09/2018

Contrat(s)

LECLERC MODULO

Date d'effet : 01/01/2019

N° S2019005000696

Cet échange a été résolu par :
Angélique CASTELLETTI le 11/12/2023 à 13:45

Ce message s'adresse au service dentaire
demande du 11/12/2023

Bonjour Monsieur MOULD



Veuillez trouver ci-jointe, notre réponse à votre demande de devis dentaire.

Afin de faciliter votre parcours Dentaire et vous apporter un meilleur service, vous trouverez ci-joint, un mandat de transmission par lequel vous nous autorisez à contacter directement votre praticien afin obtenir les pièces ci-dessous, nécessaires au traitement de votre dossier.

Vous pouvez :

- Soit nous retourner ce mandat complété et signé, et notre service Dentaire prendra alors contact avec votre praticien,
- Soit nous transmettre vous-même les pièces ci-dessous (à demander à votre praticien)

Nous vous informons que notre remboursement interviendra sous réserve de la réception d'une déclaration de conformité (à demander à votre Praticien, à l'issue du plan de traitement).

Ce document devra comporter les mentions suivantes :

- Le nom du Laboratoire
- Le nom du patient
- La date
- La matière
- La classification

- Le nom du fabricant
 - La Norme et le lot
 - Le numéro de dent
- Vous en souhaitant bonne réception

Cordialement,
Angélique.

[mandat_parcours-dentaire_mmc_030423_1680695441.pdf](#)

[notice_parcours_dentaire_mmc.pdf](#)

[.pec-in1.pdf](#)

11/12/2023

écrit par Angélique CASTELLETTI

bonjour , ci joint un devis de mon dentiste .



[img_7850.jpeg](#)

[img_7849.jpeg](#)

11/12/2023

écrit par CEDRIC MOULD

Copyright © MWM v2.2

Created with ©Moussaka 3.1 by [Laveline](#)