



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 ✓ Respect du secret médical ✓ Respect des bonnes pratiques médicales
des Chirurgiens-Dentistes

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 VOIRE 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)

SERVICE COURRIER LE

09 NOV. 2023

Je soussigné(e),

Nom : ANTOINE

Prénom : DANIELLE

Adresse : 18 RUE DE L'OASIS Pour ASSOC TUTELAIRE 70

CP 70000 Ville : PUSEY

Téléphone : 038476636 mail :

Numéro adhérent : P001335

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

(LE DENTISTE)

Donne le mandat à mon docteur

Nom : RICHARD

Prénom : Richard

Adresse : "Les Calt'leys" 2 rue du Bachtel

CP 25320 Ville : MONTFERRAND LE CHATEAU

mail : N° national :



20221058150000110304

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 : *Antoine*

Le : *06/11/2023*

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

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



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

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223006757
 Valable du 18/09/2023 au 17/12/2023

MME ANTOINE DANIELLE

2 RUE FERNAND PERROT

70150 MARNAY

SERVICE COURRIER LE

CONTACT

Ligne Directe : **03.84.75.22.52**

Fax : **03.84.75.20.21**

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

09 NOV. 2023

Vesoul, le 18 septembre 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 : **ANTOINE DANIELLE Né(e) le :18/05/1940**

N° Dossier : **N157252** N° S.S. : **2400525343002 51**

Date du devis : **28/08/2023**

Code Tiers National : **254711401**

**DR RAMDANI NOUR
25320 MONTFERRAND LE CHATEAU**



Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Proth. amovible RAC0 1	1100.00	01		182.75	127.93	972.07	0.00
Proth. amov. RAC modéré 1	1281.00	35		225.75	158.03	67.72	1055.25
Proth. amo tran RAC0 1	520.00	01		182.75	127.93	392.07	0.00
TOTAUX	2901.00				413.89	1431.86	1055.25

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° 1223006757

Valable du 18/09/2023 au 17/12/2023

ASSOCIATION TUTÉLAIRE
20 SEP. 2023
COURRIER ARRIVÉE

DR RAMDANI NOUR

2 RUE DU BROCHET

25320 MONTFERRAND LE CHATEAU

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 18 septembre 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 : ANTOINE DANIELLE Né(e) le :18/05/1940

N° Dossier : N157252 N° S.S. : 2400525343002 51

Date du devis : 28/08/2023

Code Tiers National : 254711401

Cet accord préalable est établi en euros

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Proth. amovible RAC0 1	1100.00	01		182.75	127.93	972.07	0.00
Proth. amov. RAC modéré 1	1281.00	35		225.75	158.03	67.72	1055.25
Proth. amo tran RAC0 1	520.00	01		182.75	127.93	392.07	0.00
TOTAUX	2901.00				413.89	1431.86	1055.25

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 règlementation 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

ASSOCIATION TUTÉLAIRE

Date

Signature de l'assuré

SERVICE DENTAIRE

15/09/2013

3an pour ^{Rue de l'Oasis}
70000 PUSEY

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

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 J.O. du 25 août 2018)

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 Madame RAMDANI NOUR

Identifiant du praticien RPPS 10102331195

N° ADELI 254711401

ou

N° de l'établissement (FINESS) LLLLLL LLLL LLLL

Raison sociale et adresse SELARL NOUR RAMDANI

"Les Cattleyas" 2 r du Bochet

25320

MONTFERRAND LE CHATEAU

Date du devis : 25/07/2023

Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 25/07/2024

Ce devis contient ... pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du Patient

Nom Prénom : ANTOINE Danielle

Date de naissance : 18/05/1940

Numéro de Sécurité sociale du patient : 2 40 05 25 343 002 51

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel reste à charge selon son contrat :

Nom de l'organisme complémentaire : M.M.C.

N° de contrat ou d'adhérent : P001335

Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

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 traçabilité 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	1	Alliages précieux NF EN ISO 22674 2016	2	Alliage non précieux ISO 22674 2016	3	Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016
	4	Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	5	Polymères de base NF EN ISO 20795:1:2013	6	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017

**** Paniers	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
	1	100% Santé	soumis à honoraires limites de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable
	2	Modéré	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Panier Complémentaire Santé Solidaire	4	Complémentaire Santé Solidaire	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien RPPS 10102331195

N° ADELI 254711401

ou

N° de l'établissement (FINESS) |_____|

Identification du Patient

Nom Prénom : ANTOINE Danielle

Date de naissance : 18/05/1940

Numéro de Sécurité sociale du patient : 240 05 25 343 002 51

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

N° de Traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Materiaux utilisés (**)	Panier (****)	Honoraires limite 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	01	HBLD031	COMPLET RESINE	6-5	1	1 100,00 €	1 100,00 €	182,75 €	127,93 €	972,07 €
2	35;36;37;45;46;47	HBLD474	APP STELLITE 6 DTS	6-5-2	2	1 281,00 €	1 281,00 €	225,75 €	158,03 €	1 122,97 €
1	01	HBLD032	prot. complète imméd	6-5	1	520,00 €	520,00 €	182,75 €	127,93 €	392,07 €
Pose d'une prothèse amovible de transition complète unimaxillaire à plaque base résine										
TOTAL € (des actes envisagés)							2 901,00 €	591,25 €	413,89 €	2 487,11 €

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

Signature du Chirurgien-dentiste



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

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223006757
Valable du 18/09/2023 au 17/12/2023

MME ANTOINE DANIELLE

2 RUE FERNAND PERROT

70150 MARNAY

CONTACT

Ligne Directe : **03.84.75.22.52**

Fax : **03.84.75.20.21**

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 25 septembre 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 : ANTOINE DANIELLE Né(e) le :18/05/1940

N° Dossier : N157252 N° S.S. : 2400525343002 51

Date du devis : **28/08/2023**

Code Tiers National : **254711401**

**DR RAMDANI NOUR
25320 MONTFERRAND LE CHATEAU**



Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Proth. amovible RAC0 1	1100.00	01		182.75	127.93	972.07	0.00
Proth. amov. RAC modéré 1	1281.00	35		225.75	158.03	67.72	1055.25
Proth. amo tran RAC0 1	520.00	01		182.75	127.93	392.07	0.00
TOTAUX	2901.00				413.89	1431.86	1055.25

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° 1223006757

Valable du 18/09/2023 au 17/12/2023

DR RAMDANI NOUR

2 RUE DU BROCHET

25320 MONTFERRAND LE CHATEAU

CONTACT

Ligne Directe : **03.84.75.22.52**

Fax : **03.84.75.20.21**

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 25 septembre 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 : ANTOINE DANIELLE Né(e) le :18/05/1940

N° Dossier : N157252 N° S.S. : 2400525343002 51

Date du devis : 28/08/2023

Code Tiers National : 254711401

Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Proth. amovible RAC0 1	1100.00	01		182.75	127.93	972.07	0.00
Proth. amov. RAC modéré 1	1281.00	35		225.75	158.03	67.72	1055.25
Proth. amo tran RAC0 1	520.00	01		182.75	127.93	392.07	0.00
TOTAUX	2901.00				413.89	1431.86	1055.25

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