



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 : CHAGUE Prénom : JOSELYNE

Adresse : 30 CHE DES SALINES

CP 25870 Ville : GENEUILLE

Téléphone : 06.80.51.46.25 mail : breubout25870@gmail.com

Numéro adhérent : N016980

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

25 Juin 2023

Joselyne CHAGUÉ
30 ch des Salines
25870 GENEVIE

06 80 51 46 25

Adréante NO 16980

SERVICE COURRIER
31 AOUT 2023

M MC

Messieurs,

Vous trouverez, ci-joint, le devis
émis par le DR HIRSCH.

En effet, je dois subir une
opération pour extraire des

implants qui sont douloureux.

Pouvez-vous me préciser si
MMC prend en charge une
partie de remboursement.

Avec mes remerciements.

Bien cordialement

Joselyne

Ps : Je vous joins la facture du 24/08
pour la consultation (71€)



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)

Devis 23587-2
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 Docteur Jean-Louis HIRSCH Identifiant du praticien : N°RPPS : 10000822006 - N°ADELI : 10000822006 Raison sociale et adresse : SELARL MEDIODENT 1 rue des prés Chalots 25220 ROCHE LEZ BEAUPRE Date du devis : 24/08/2023 Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 23/02/2024 Ce devis contient 2 pages indissociables Description du traitement proposé :	Identification du patient Nom et prénom : CHAGUE Joselyne Date de naissance : 28/01/1951 N° de sécurité sociale du patient : 2 51 01 25 484 001 69 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 : MMC N° de contrat ou d'adhérent : NO 16 980 Référence dossier (à renseigner par l'organisme complémentaire) :
---	--

Lieu de fabrication du dispositif médical : au sein de l'Union Européenne (France), sans sous-traitance du fabricant 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 des actes	** Matériaux et normes	1 Alliage 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	
Panier ****				
	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 CSS	4	CSS	soumis à honoraires limites de facturation pour les assurés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS)

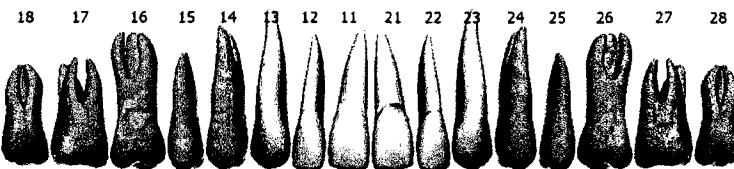
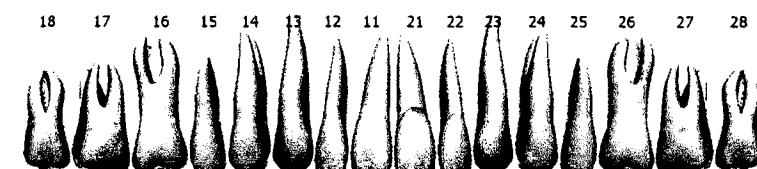


Schéma dentaire initial



47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37

Proposition de traitement

**SERVICE COURRIER LE
31 AOUT 2023**

Identification du chirurgien-dentiste traitant
 Docteur Jean-Louis HIRSCH
 Identifiant du praticien : N°RPPS : 10000822006 - N°ADELI : 10000822006

Identification du patient
 Nom et prénom : CHAGUE Joselyne
 Date de naissance : 28/01/1951
 N° de sécurité sociale du patient : 2 51 01 25 484 001 69

Devis 23587-2
 Page 2/2

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	Matériaux utilisés (**)	Panier (****)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dt prix de vente du dispositif médical sur mesure	Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie Obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie Obligatoire
1	34 43	LBGA003	Ablation des implants avec résection osseuse				592,00	NR	0	592,00
2	Bas	HBLD032	Prothèse adjointe transitoire bas	5 6	1	520,00	520,00	182,75	127,93	392,07
				TOTAL € (des actes envisagés)		1 112,00		182,75	127,93	984,07

Pour les actes de chirurgie : le montant des biomatériaux est indiqué de façon indicative et sera réajusté en fonction des biomatériaux réellement utilisés

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)

24/08/2023

Signature du chirurgien-dentiste

SERVICE COURRIER,
 31 AOUT 2023

Docteur Jean Louis HIRSCH
Chirurgien-dentiste qualifié
en Chirurgie Orale

Diplômé de la Faculté de Chirurgie-Dentaire de Nancy

DES de Chirurgie Buccale
CES d'odontologie Chirurgicale
CES de Prothèse Fixée
CES de Biomatériaux
DU de Dermato-Vénérologie Buccale
DU Chirurgie Faciale option Chirurgie Buccale
DU d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique
DU de Chirurgie Pré et Post-implantaire

25 400 755 2

SERVICE COURRIER IE
31 AOUT 2023

NOTE D'HONORAIRES

(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris)

À remplir par le chirurgien-dentiste
Identification du chirurgien-dentiste traitant
Identifiant RPPS : 10000822006 6
Docteur Jean-Louis HIRSCH

Identification de la structure
(Raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)
1 rue des prés Chalots
25220 ROCHE LEZ BEAUPRE
03 81 600 600

N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) :

À remplir par le chirurgien-dentiste
Identification du patient

Nom et prénom : CHAGUE Joselyne
Date de naissance : 28/01/1951
N° de Sécurité sociale de l'assuré : 2 51 01 25 484 001 69

À remplir par l'assuré

Identification de l'assurance complémentaire :

Nom de la complémentaire : MMC
N° de contrat ou d'adhérent : NO 16980
Adresse électronique de l'assuré : breubout25870@gmail.com

Description détaillée des actes effectués

Date de réalisation des actes	N° dent ou Localisation	Libellé de l'acte ou libellé Orthodontique	Matériaux Utilisés	Code CCAM ou pour l'orthodontie cotation NGAP	Montant des Honoraires	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire ou NR
24/08/2023		Consultation Implantologie		HN	71.00 €	NR
TOTAL					71.00 €	0.00

Règlement : Facture acquittée

Montant réglé par le patient :

Mode de paiement : Espèces Chèque Carte bancaire

Autres :

Date : 24/08/2023 Note N° : 14299

Signature du chirurgien-dentiste

Docteur Jean-Louis HIRSCH
Chirurgien-Dentiste
Espace médical - 27 des prés Chalots
25220 ROCHE LEZ BEAUPRE
Tél. 03 81 600 000



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

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223006446
Valable du 31/08/2023 au 30/11/2023

MME CHAGUE JOSELYNE

30 CHEM DES SALINES

25870 GENEUILLE

CONTACT

Ligne Directe : **03.84.75.22.52**

Fax : **03.84.75.20.21**

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 31 août 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 : **CHAGUE JOSELYNE Né(e) le :28/01/1951**

N° Dossier : **N016980** N° S.S. : **2510125484001 69**

Date du devis : **12/01/2023**

Code Tiers National : **254007552**

**Dr Jean-Louis HIRSCH
25220 ROCHE LEZ BEAUPRE**



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. amo tran RAC0 1	520.00	02		182.75	127.93	392.07	0.00
TOTAUX	520.00				127.93	392.07	

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° 1223006446

Valable du 31/08/2023 au 30/11/2023

Dr Jean-Louis HIRSCH

RUE des Prés Chalots

25220 ROCHE LEZ BEAUPRE

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 31 août 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 : CHAGUE JOSELYNE Né(e) le :28/01/1951

Nº Dossier : N016980 Nº S.S. : 2510125484001 69

Date du devis : 12/01/2023

Date du devis : : **12/01/2021**

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. amo tran RAC0 1	520.00	02		182.75	127.93	392.07	0.00
TOTAUX	520.00				127.93	392.07	

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

Docteur Jean Louis HIRSCH
Chirurgien-dentiste qualifié
en Chirurgie Orale

Diplômé de la Faculté de Chirurgie-Dentaire de Nancy

DES de Chirurgie Buccale
CES d'odontologie Chirurgicale
CES de Prothèse Fixée
CES de Biomatériaux
DU de Dermato-Vénérologie Buccale
DU Chirurgie Faciale option Chirurgie Buccale
DU d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique
DU de Chirurgie Pré et Péri-implantaire

25 400 755 2

NOTE D'HONORAIRES

(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris)
TVA NON APPLICABLE - Article 261 du CGI

À remplir par le chirurgien-dentiste
Identification du chirurgien-dentiste traitant
Identifiant RPPS : 10000822006 6
Docteur Jean-Louis HIRSCH

Identification de la structure
(Raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)
1 rue des prés Chalots
25220 ROCHE LEZ BEAUPRE
03 81 600 600

N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) :

À remplir par le chirurgien-dentiste
Identification du patient

Nom et prénom : CHAGUE Joselyne

Date de naissance : 28/01/1951

N° de Sécurité sociale de l'assuré : 2 51 01 25 484 001 69

À remplir par l'assuré

Identification de l'assurance complémentaire :

Nom de la complémentaire : NO 16 980 - MMC

N° de contrat ou d'adhérent :

Adresse électronique de l'assuré :

Description détaillée des actes effectués

Date de réalisation des actes	N° dent ou Localisation	Libellé de l'acte ou libellé Orthodontique	Matériaux Utilisés	Code CCAM ou pour l'orthodontie cotation NGAP	Montant des Honoraires	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire ou NR
12/12/2023	34 43	Ablation des implants avec résection osseuse		LBGA003	592.00 €	NR
12/12/2023	Bas	Prothèse adjointe transitoire bas		HBLD032	520.00 €	182,75
TOTAL					1 112.00 €	182,75

Règlement : Facture acquittée
Montant réglé par le patient :
Mode de paiement : Espèces Chèque Carte
 Autres :

Date : 12/12/2023 Note N° : 14873
Signature du chirurgien-dentiste

Docteur Jean-Louis HIRSCH

Chirurgien-Dentiste

Espace médical - ZA des prés Chalots
25220 ROCHE LEZ BEAUPRE
Tél. 03 81 600 000