



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)

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 : NOE Laury
Identifiant du praticien RPPS : 10101296340
Identifiant du praticien ADELI : 884001058
N° de l'établissement (FINESS) :
Raison sociale et adresse : SCM DENTAME - 16 Grande Rue - 88120 ST AME

Numéro du devis : 6686010
Date du devis : 20/12/2023

Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 20/06/2024

Ce devis contient 2 pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : DIDIER-LAURENT SABINE Date de naissance : 24/04/1956
N° de Sécurité sociale du patient : 256048838318745
Adresse du patient : 10 route de la prée -
88120 Vagney

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 : MHC
N° de contrat ou d'adhérent : N° N 126 435
Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

Lieu de fabrication du dispositif médical :

- en France au sein de l'Union Européenne
 sans sous-traitance du fabricant
 avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée :
 en France au sein de l'Union Européenne
 hors Union Européenne (Pays) :

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,
acte non décrit dans la nomenclature en vigueur

*** 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 Résine Base NF en ISO 1567	2 Résine Dent NF en ISO 22112	3 Allego Non Précieux CoC - NF en ISO 22674
	Codes Libellés	Conditions tarifaires	Rése en charge complémentaire
Paniers	1 100% Santé	souris à honoraires limites de facturation	sans restes à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable
	2 Modéré	souris à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient
	3 Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Panier CSS	4 CSS	souris à honoraires limites de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien RPPS : 10101296340
Identifiant du praticien ADEU : 884001058
N° de l'établissement (FINESS) :

Identification du patient
Nom et prénom : DIDIER-LAURENT SABINE Date de naissance : 24/04/1956
N° de Sécurité sociale du patient : 256048838318745

Traitements proposés - 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 dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO(***)	Montant non remboursé AMO
1	23	HBLD364	Prothèse amovible transitoire	1, 1, 2	1		275,00	64,50	38,70	236,30
2	23	HBLD131	Prothèse amovible à chassis métallique	1, 3, 2	2		1100,00	193,50	116,10	983,90
TOTAL € (des actes envisagés)										1 375,00
TOTAL € (des actes envisagés)										258,00
TOTAL € (des actes envisagés)										154,80
TOTAL € (des actes envisagés)										1 220,20

Information Alternative thérapeutique - en cas de reste à charge éventuel, une information sur les alternatives thérapeutiques 100% santé ou à défaut à entente directe modérée est donnée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet dans un devis distinct.

Actes sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO(****)	Montant non remboursé AMO	Réalisé par votre praticien
TOTAL €										0,00

Actes en reste à charge modéré

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO(****)	Montant non remboursé AMO	Réalisé par votre praticien
TOTAL €										0,00

« Afin de pouvoir commencer la réalisation de vos travaux prothétiques, le versement d'un acompte vous sera demandé lors de la réalisation des empreintes »

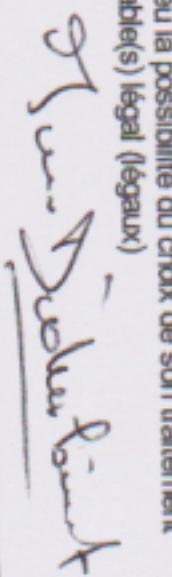
Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement
Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux)

21/12/2023 

Signature du Chirurgien-dentiste



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)

21/12/2023 

Signature du Chirurgien-dentiste





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

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008904
Valable du 21/12/2023 au 20/03/2024

M DIDIER LAURENT ALAIN

10 RTE DE LA PRELE

88120 VAGNEY

CONTACT

Ligne Directe : **03.84.75.22.52**

Fax : **03.84.75.20.21**

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 21 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 : DIDIER LAURENT SABINE Né(e) le :24/04/1956

N° Dossier : N126435 N° S.S. : 2560488383187 45

Date du devis : **21/12/2023**

Code Tiers National : **884001058**

DR LAURY NOE

88120 SAINT AME



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	275.00	23		64.50	38.70	236.30	0.00
Proth. amov. RAC modéré 1	1100.00	23		193.50	116.10	387.00	596.90
TOTAUX	1375.00				154.80	623.30	596.90

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° 1223008904

Valable du 21/12/2023 au 20/03/2024

DR LAURY NOE

16 GRRUE

88120 SAINT AME

CONTACT

Ligne Directe : **03.84.75.22.52**

Fax : **03.84.75.20.21**

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 21 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 : DIDIER LAURENT SABINE Né(e) le :24/04/1956

N° Dossier : N126435 N° S.S. : 2560488383187 45

Date du devis : 21/12/2023

Code Tiers National : 884001058

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	275.00	23		64.50	38.70	236.30	0.00
Proth. amov. RAC modéré 1	1100.00	23		193.50	116.10	387.00	596.90
TOTAUX	1375.00				154.80	623.30	596.90

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° N126435

M. ALAIN DIDIER LAURENT

Email : lesgrillons@hotmail.fr

Tel : 06 87 49 68 18

Mutuelle : MMC

Bénéficiaires

M. ALAIN DIDIER LAURENT (CF)

Né(e) le 19/01/1953

Mme SABINE DIDIER LAURENT (CJ)

Né(e) le 24/04/1956

Contrat(s)

CIRCE 2 Performance H3

N° S2023923000288

Date d'effet : 01/01/2023

ECO M 32

N° S2019923000003

🚫 résilié le : 31/12/2022

CIRCE 2 Performance H3

N° S2023923000092

🚫 résilié le : 31/12/2022

Cet échange a été résolu par :

Angélique CASTELLETTI le 21/12/2023 à 14:57

Ce message s'adresse au service dentaire

demande du 21/12/2023

Bonjour Madame DIDIER LAURENT



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.

[.pec.pdf](#)

[mandat_parcours-dentaire_mmc_030423_1680695441.pdf](#)

[notice_parcours_dentaire_mmc.pdf](#)

21/12/2023

écrit par Angélique CASTELLETTI

ci joint un devis pour connaitre la prise en charge bien cordialement.



[numerisation_20231221.pdf](#)

[numerisation_20231221-2.pdf](#)

[numerisation_20231221-3.pdf](#)

[numerisation_20231221-4.pdf](#)

21/12/2023

écrit par ALAIN DIDIER LAURENT