Praeconis
COURTIER GROSSISTE 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 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 : BAKIR Prénom : MOHAMED

Adresse : 177 PONT SARRAZIN BAS

CP 05000 Ville : LA ROCHETTE

Téléphone : 0658886712 mail : hamidolawid@hotmail.fr

Numéro adhérent : N162236

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 réprésentant légal) (OBLIGATOIRE)

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 radio panoramique 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 *(après la pose des prothèses)*	Transmettre votre facture nominative, détaillée acquittée
PROTHESES sur IMPLANTS *(cas des dossiers sans couverture pour les implants)*	Transmettre le devis de votre dentiste accompagné d'une radio per-opératoire *(après la pose des implants mais avant celle des prothèses)*		Transmettre une radio post-opératoire *(après la pose des prothèses)*	Transmettre votre facture nominative, détaillée acquittée
MALADIE PARODONTALE *(non remboursée par le RO)*	Transmettre le devis de votre dentiste accompagné : → d'une radio panoramique pré-opératoire → du bilan parodontal et du diagnostic précis			Transmettre votre facture nominative, détaillée acquittée
ORTHODONTIE ADULTE *(non remboursée par le RO)*	Transmettre le devis de votre dentiste accompagné : → d'une radio panoramique pré-opératoire et d'une téléradio *(radio de profil)*, à défaut les empreintes optiques → du diagnostic précis et du plan de traitement			Transmettre votre facture nominative, détaillée acquittée
PROTHESES *(remboursées ou non par le RO)*	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

PRAECONIS SAS au capital de 305 400 euros - N°ORIAS : 10 058 426 - N° de RCS Vesoul : 527 879 415
Société de courtage d'assurances soumise au contrôle de l'ACPR. Garantie financière et RC conformes au code des assurances. Siège social : 6 rue Paul Morel - 70000 VESOUL

RECU D'HONORAIRES

(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris)

Le Jeudi 16 Novembre 2023

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant RPPS : **10101958667**

Dr. Anne-Charlotte SALGON

Conventionné

Identification de la structure

(Raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

SELARL JEROME LEFEUVRE

17, rue des Archers

69002 LYON

N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : **848450581000144**

Identification du patient

Nom et prénom : **Mr. BAKIR Mohamed**

Date de naissance : **12/07/1983**

N° de Sécurité sociale de l'assuré : **1830705061041 03**

A remplir par l'assuré

Identification de l'assurance complémentaire :

Nom de la complémentaire : .....

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	Code CCAM ou pour orthodontie cotation NGAP	Montant des honoraires	Base de rembour. ou NR	Remb. AMO	Remb. AMC
16/11/2023	37	SC post 3 faces	HBMD038	65,50	65,50	39,30	
20/09/2023	01	Modèle Etude	LBMP003	40,00	NR		
20/09/2023	02	Modèle Etude	LBMP003	40,00	NR		
27/09/2023	35	Prep acte endo	HBMD006	60,00	NR		
27/09/2023	35	Bridge provisoire	HBLD034	270,00	NR		
16/11/2023	37	Prep acte endo	HBMD006	60,00	NR		
			Total €	**2733,92**	**1243,92**	**747,95**	**0,00**

Facture acquittée

Règlement :

Montant réglé par le patient : **2733,92 €**

Mode de règlement : ☐ Espèces ☒ Chèque ☐ Carte bancaire

☐ Autres : .....

Date de règlement : **16/11/2023**

Cachet du praticien

Signature du praticien

RECU D'HONORAIRES

(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris)

Le Jeudi 16 Novembre 2023

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant RPPS : **10101958667**

Dr. Anne-Charlotte SALGON

Conventionné

Identification de la structure

(Raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

SELARL JEROME LEFEUVRE

17, rue des Archers

69002 LYON

N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : **848450581000144**

Identification du patient

Nom et prénom : **Mr. BAKIR Mohamed**

Date de naissance : **12/07/1983**

N° de Sécurité sociale de l'assuré : **1830705061041 03**

A remplir par l'assuré

Identification de l'assurance complémentaire :

Nom de la complémentaire : .....

N° de contrat ou d'adhérent : .....

Adresse électronique de l'assuré : .....

Je soussigné(e) Dr. Anne-Charlotte SALGON atteste avoir reçu le 16/11/2023 de Mr. BAKIR Mohamed la somme de 2733,92 € pour des actes effectués entre le 20/09/2023 et le 16/11/2023

Description détaillée des actes effectués

Date de réalisation des actes	N° dent ou Localisation	Libellé de l'acte ou libellé Orthodontique	Code CCAM ou pour orthodontie cotation NGAP	Montant des honoraires	Base de rembour. ou NR	Remb. AMO	Remb. AMC
27/09/2023	35	ENDO PM mandi	HBFD003	68,00	68,00	40,80	
27/09/2023	35	3 radios rétr [2585]	HBQK303	15,96	15,96	11,17	
27/09/2023	35	SC post 3 faces	HBMD038	65,50	65,50	39,30	
11/10/2023	11	SC ant 2 angles	HBMD047	94,60	94,60	56,76	
11/10/2023	21	SC ant 2 angles	HBMD047	94,60	94,60	56,76	
11/10/2023	22	SC ant 2 angles	HBMD047	94,60	94,60	56,76	
11/10/2023	26	Cour Prov libre	HBLD486	90,00	10,00	6,00	
11/10/2023	27	Cour Prov libre	HBLD486	90,00	10,00	6,00	
11/10/2023	46	Cour Prov libre	HBLD486	90,00	10,00	6,00	
11/10/2023	46	Inlay Core libre	HBLD245	230,00	90,00	54,00	
18/10/2023	13	SC ant 2 angles	HBMD047	94,60	94,60	56,76	
18/10/2023	23	SC ant 2 angles	HBMD047	94,60	94,60	56,76	
18/10/2023	01 02	RADIO PANORAM [2588]	HBQK002	20,00	20,00	12,00	
31/10/2023	15	Inl/Onlay Compo	HBMD351	350,00	100,00	60,00	
31/10/2023	14	Inl/Onlay Compo	HBMD351	350,00	100,00	60,00	
31/10/2023	16	Inlay Core libre	HBLD245	230,00	90,00	54,00	
16/11/2023	37	Endo Mol PNV	HBFD024	110,00	110,00	66,00	
16/11/2023	37	3 radios rétroa endo	HBQK303	15,96	15,96	9,58	

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

assuré social BAKIR MOHAMED
nº de Sécurité Sociale 1 83 07 05 061 041 03

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli ou l'application ameli pour smartphone

CPAM des HAUTES-ALPES 10, boulevard Georges Pompidou - BP 99
05012 GAP CEDEX

M. BAKIR MOHAMED
PON SARRASIN BAS
177 PON SARRAZIN
05000 LA ROCHETTE

Voici le détail des versements vous concernant pour la journé du 20/11/2023

Le remboursement des sommes que vous avez avancées est d'ores et déjà effectué sur votre compte. Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire CGRM. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour MOHAMED né(e) le 12/07/1983				
	maladie				
	réf 2321 2332140001562				
27/09/2023	ENDODONTIE (END)	68,00	68,00	70 %	47,60
27/09/2023	ACTE D IMAGERIE (ADI)	15,96	15,96	70 %	11,17
27/09/2023	SOINS DENTAIRES (SDE)	65,50	65,50	70 %	45,85
11/10/2023	SOINS DENTAIRES (SDE)	94,60	94,60	70 %	66,22
11/10/2023	SOINS DENTAIRES (SDE)	94,60	94,60	70 %	66,22
11/10/2023	SOINS DENTAIRES (SDE)	94,60	94,60	70 %	66,22
11/10/2023	PROTHESE DENTAIRE (PDT)	90,00	10,00	70 %	7,00
11/10/2023	PROTHESE DENTAIRE (PDT)	90,00	10,00	70 %	7,00
11/10/2023	PROTHESE DENTAIRE (PDT)	90,00	10,00	70 %	7,00
11/10/2023	INLAY-CORE (ICO)	230,00	90,00	70 %	63,00
	maladie				
	réf 2321 2332140001562				
18/10/2023	SOINS DENTAIRES (SDE)	94,60	94,60	60 %	56,76
18/10/2023	SOINS DENTAIRES (SDE)	94,60	94,60	60 %	56,76
18/10/2023	ACTE IMAGERIE CD (AID)	20,00	20,00	60 %	12,00
31/10/2023	INLAY-ONLAY (IN1)	350,00	100,00	60 %	60,00
31/10/2023	INLAY-ONLAY (IN1)	350,00	100,00	60 %	60,00
31/10/2023	INLAY-CORE (ICO)	230,00	90,00	60 %	54,00
16/11/2023	ENDODONTIE (END)	110,00	110,00	60 %	66,00
16/11/2023	ACTE IMAGERIE CD (AID)	15,96	15,96	60 %	9,58
16/11/2023	SOINS DENTAIRES (SDE)	65,50	65,50	60 %	39,30

le 20/11/2023 : 801,68 euro(s)

Toutes les discussions

Adhérent n° N162236

M. MOHAMED BAKIR

Email : hamidolawid@hotmail.fr

Tel : 06 58 88 67 12

Mutuelle : PRAECONIS

Bénéficiaires

M. MOHAMED BAKIR (CF)

Né(e) le 12/07/1983

Contrat(s)

CAPITAL DECES ACCIDENTEL — N° C2023933000095

Date d'effet : 01/02/2023

IND J HOSP ACCIDENT 45€ — N° I2023933000172

Date d'effet : 01/02/2023

CIRCE SS L3 H4 — N° S2023933000789

Date d'effet : 01/02/2023

Cet échange a été résolu par :
Angélique CASTELLETTI le 01/12/2023 à 14:30

Ce message s'adresse au service dentaire

demande du 01/12/2023

Bonjour Monsieur BAKIR

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

Nous avons aussi besoin du décompte de remboursement de votre 1ere mutuelle ou attestation de non prise en charge

Vous en souhaitant bonne réception

Cordialement,
Angélique.

mandat_parcours-dentaire_praeconis_030423_1680695494.pdf
notice_parcours_dentaire_praeconis.pdf
01/12/2023
écrit par Angélique CASTELLETTI

bonjour, je vous fais part suite à votre message précédent de mon relevé Sécurité Sociale et de mon autre mutuelle qui n'a rien pris en charge.
cordialement..

remboursementsoins20112023.pdf
screenshot_2023-12-01-13-20-22-703_com.pdf
01/12/2023
écrit par MOHAMED BAKIR

Copyright © MWM v2.2

Created with ©Moussaka 3.1 by Laveline

DÉCLARATION DE CONFORMITE
Selon Art. 19 du Règlement (UE) 2017/745
Annexes IV et XIII Section (DMSM) et Livre II Partie V du Code de la Santé Publique
Dispositif Médical Sur Mesure Clasee de risque IIa selon Annexe VIII Règle 5.

Je soussigné, Mr Nicolas OLIVIER, GERANT de la société :

LABORATOIRE OLIVIER

Parc d'Activité Villa Mercédès 151, Route de VOURLES 69230 SAINT-GENIS-LAVAL

Assure et déclare, sous ma seule responsabilité, que le dispositif médical sur mesure de référence, bon N° B000558810 est mis sur le marché pour l'usage exclusif de **BAKIR** Code : 3B10251
suivant les caractéristiques spécifiques du produit indiquées par la prescription du docteur :

SALGON ANNE CHARLOTTE
DR SALGON ANNE CHARLOTTE
17 RUE DES ARCHERS 69002 LYON

Je déclare que ce dispositif sur mesure est conforme aux exigences générales en matière de sécurité et de performances énoncées à l'Annexe I du Règlement (UE) 2017/745 et des articles R.5211-21 à R.5211-24 et de l'arrêté du 15 mars 2010 fixant les conditions de mise en oeuvre des exigences essentielles applicables aux dispositifs médicaux, pris en application de l'article R.5211-24 du code de la santé publique.

Mise en garde et risques résiduels :

- Incompatibilité possible avec des métaux ou alliages déjà présents en bouche.
- Risques d'allergies éventuelles et non déclarées à l'un des produits utilisés pour la fabrication du DMSM.

Les exigences essentielles de sécurité et de santé auxquelles la prothèse dentaire n'a pas entièrement satisfait sont :
NEANT

Le 25/10/2023 Signature :

Mr Nicolas OLIVIER

FICHE DE TRACABILITE

PROTHESE FABRIQUEE EN FRANCE

Praticien DR SALGON ANNE CHARLOTTE Identifiant Prothèse 000060532
Teintes Prat. : Proth. : Patient BAKIR 3B10251

Descritpion	Caractéristiques		Lots
INLAY ADORO	CONJOINTE	COMPOSITE. IVOCLAR	
FAUX-MOIGNON	CONJOINTE	COBALT-CHROME WIROBOND SG	
DENT PROVISOIRE SIMPLE	CONJOINTE	RESINE BIODENT DENTSPLY	

		FM DPR	INC	INC											
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38