



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



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 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 : CALLANGUIN Prénom : Christiane

Adresse : 11 grande rue

CP 70700 Ville : 6V

Téléphone : 07.60.47.85.75 mail : Callanguinchristiane3@gmail.com

Numéro adhérent : 2444009

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

(LE DENTISTE)

Donne le mandat à mon docteur

Nom : FONDEFLECK Prénom : Philippe

Adresse : 1 rue des Caravelles 25870 Cussey sur l'Ognon

CP : Ville :

mail : philippe.fondfleck.dentiste@gmail.com N° national : 254 00 5721

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 : 29-09-2023

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

Le : Cussey / l'ognon

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

Demande de devis ce jour 1/3 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 Monsieur FONDERFLICK PHILIPPE

Identifiant du praticien RPPS 10000811413 N° ADELI 254005721 ou

N° de l'établissement (FINESS) 1111111111111111

Raison sociale et adresse CABINET DU DR FONDERFLICK

1 ruedes corvees

25870 CUSSEY SUR L'OGNON

Date du devis : 22/09/2023

Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 22/03/2024

Ce devis contient ... pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du Patient

Nom Prénom : CALLANQUIN Ghislaine

Date de naissance : 20/02/1967

Numéro de Sécurité sociale du patient : 2 67 02 25 056 248 60

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 :

N° de contrat ou d'adhérent :

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.

** 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

*** 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.

**** 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 10000811413 N° ADELI 254005721 ou
N° de l'établissement (FINESS) 1111111111111111

Identification du Patient

Nom Prénom : CALLANQUIN Ghislaine
Numéro de Sécurité sociale du patient : 2 67 02 25 056 248 60

Date de naissance : 20/02/1967

Traitemen 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	24;25;26	HBLD364	prothèse résine 1_3d	6-5	1	275,00 €	275,00 €	64,50 €	45,15 €	229,85 €
Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents										
TOTAL € (des actes envisagés)						275,00 €	64,50 €	45,15 €	229,85 €	

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)

26/03/2023

Signature du Chirurgien-dentiste



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

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223007011
Valable du 27/09/2023 au 26/12/2023

MME CALLANQUIN GHISLAINE

11 GRRUE

70700 GY

CONTACT

Ligne Directe : **03.84.75.22.52**

Fax : **03.84.75.20.21**

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 27 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 : CALLANQUIN GHISLAINE Né(e) le : 20/02/1967

N° Dossier : N144009 N° S.S. : 2670225056248 60

Date du devis : 27/09/2023

Code Tiers National : 254005721

**DR FONDERFLICK PHILIPPE
25870 CUSSEY SUR L'OGNON**



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	24		64.50	45.15	229.85	0.00
TOTAUX	275.00				45.15	229.85	

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° 1223007011

Valable du 27/09/2023 au 26/12/2023

DR FONDERFLICK PHILIPPE

1 RUE Vignotte

25870 CUSSEY SUR L'OGNON

CONTACT

Ligne Directe : **03.84.75.22.52**

Fax : **03.84.75.20.21**

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 27 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 : CALLANQUIN GHISLAINE Né(e) le :20/02/1967

N° Dossier : N144009 N° S.S. : 2670225056248 60

Date du devis : 27/09/2023

Code Tiers National : 254005721

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	24		64.50	45.15	229.85	0.00
TOTAUX	275.00				45.15	229.85	

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



assuré social CALLANQUIN GHISLAINE

n° de Sécurité Sociale 2 67 02 25 056 248 60

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

CPAM de HAUTE-SAÔNE 9, boulevard des Alliés - BP 439
70020 VESOUL CEDEX

MME. CALLANQUIN GHISLAINE
11 GRA
70700 GY

Voici le détail des versements vous concernant pour la journée du 03/10/2023

Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire GESTION MUTUELLE. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

pour information

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour GHISLAINE né(e) le 20/02/1967 maladie réf 9190 2327510001729				
29/09/2023	PROTHESE DENTAIRE (PT0)	275,00	64,50	70 %	45,15
29/09/2023	ACTE DE CHIRURGIE (ADC)	39,00	39,00	70 %	27,30
29/09/2023	ACTE DE CHIRURGIE (ADC)	39,00	39,00	70 %	27,30

réglé le 03/10/2023 au destinataire FONDERFLICK PHILIPPE : 99,75 euro(s)

Adhérent n° N144009

Mme GHISLAINE CALLANQUIN

Email : callanquinghislaine3@gmail.com

Tel : 07 60 47 85 75

Mutuelle : MMC

Cet échange a été résolu par :
Angélique CASTELLETTI le 27/09/2023 à 14:06

Bénéficiaires

Mme GHISLAINE CALLANQUIN (CF)

Né(e) le 20/02/1967

Ce message s'adresse au service dentaire
demande du 26/09/2023

Contrat(s)

Bonjour Madame CALLANQUIN

[IND_J HOSP ACCIDENT 15€](#)

Date d'effet : 01/02/2023



[GLOBAL 100 L2 H2](#)

Date d'effet : 01/02/2023

[CSS NON PARTICIPATIVE](#)

☒ résilié le : 31/01/2021

[CSS NON PARTICIPATIVE](#)

☒ résilié le : 31/01/2022

[CSS NON PARTICIPATIVE](#)

☒ résilié le : 31/01/2023

N° I202

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

N° S202

nous autorisez à contacter directement votre praticien afin obtenir les pièces ci-dessous, nécessaires au traitement de votre dossier.

Vous pouvez :

N° S202

- 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

N° S202

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,
Service Dentaire
Contrôle Médical
6 Rue Paul Morel
BP 80283
70006 VESOUL
Gestionnaire Dentaire 001

Cordialement,
Angélique.

[devis12noa.pdf](#)
[mandat_parcours-dentaire_mmc_030423_1680695441.pdf](#)
[notice_parcours_dentaire_mmc.pdf](#)

27/09/2023

écrit par Angélique CASTELLETTI

un devis.

[20230926163557_001.jpg](#)

26/09/2023

écrit par GHISLAINE CALLANQUIN

De: "Service Dentaire MMC"
Date: mardi 14 novembre 2023 13:22
A: ""philippe.fonderflick.dentiste@gmail.com"" <philippe.fonderflick.dentiste@gmail.com>
Objet: N144009-CALLANQUIN Ghislaine -DOSSIER PTO
Pièces jointes: MANDAT.jpg, Comment déposer des documents sur notre environnement sécurisé.docx

Bonjour,

Nous avons reçu de la part de notre adhérent Madame CALLANQUIN Ghislaine une demande de remboursement de prothèse amovible transitoire.

Afin de traiter sa demande, nous avons besoin de pièces complémentaires.

Madame CALLANQUIN a signé un mandat (que vous trouverez en pièce jointe) nous autorisant à demander les pièces nécessaires au traitement de son dossier que vous pourrez nous déposer sur notre espace sécurisé dont voici le lien :

Lien : <https://ncn.giesima.fr/s/DNtzxQF4yGoS79H>

Attention le mot de passe vous est envoyé dans un second mail pour des raisons de sécurité

Nous vous remercions donc de bien vouloir nous faire parvenir les éléments suivants :

La déclaration de conformité de la prothèse transitoire (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 attirons votre attention sur l'importance du nommage des fichiers que vous déposez (comme expliqué dans le document « *Comment déposer des documents sur notre environnement sécurisé* » joint à ce mail). Sans élément d'identification, il ne nous sera pas possible de les prendre en compte.

Cordialement
Service Dentaire
Contrôle Médical
6 Rue Paul Morel
BP 80283
70006 VESOUL
Gestionnaire Dentaire 003



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 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 : CALLANGUIN Prénom : Christiane

Adresse : 11 grande rue

CP 70700 Ville : 6V

Téléphone : 07.60.47.85.75 mail : Callanguinchristiane3@gmail.com

Numéro adhérent : 2444009

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

(LE DENTISTE)

Donne le mandat à mon docteur

Nom : FONDEFLECK Prénom : Philippe

Adresse : 1 rue des Caravelles 25870 Cussey sur l'Ognon

CP : Ville :

mail : philippe.fondfleck.dentiste@gmail.com N° national : 234 00 5721

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 : 29-09-2023

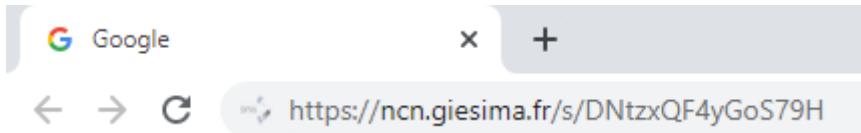
SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE DES SOINS
(ou de son représentant légal) (OBIGATOIRE)

Le : Cussey / l'ognon

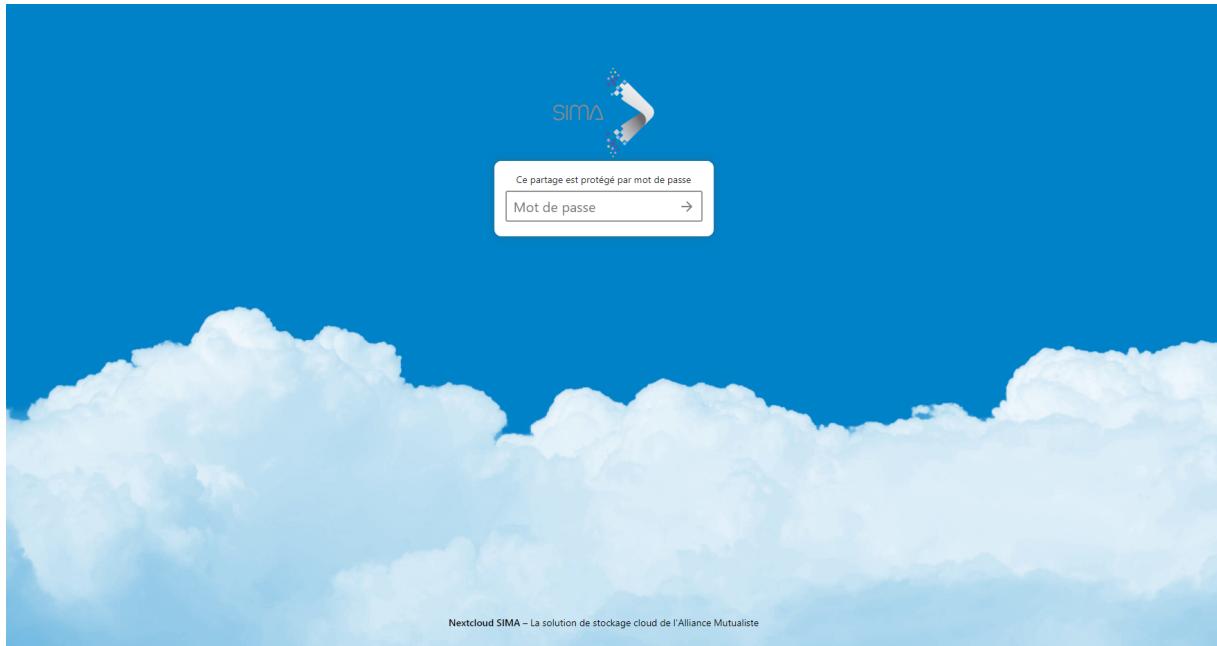
À LA RÉCEPTION DE CE MANDAT, LA MUTUELLE PRENDRA CONTACT AVEC VOTRE DENTISTE

Comment déposer des documents sur notre environnement sécurisé

Copiez-collez le lien <https://ncn.giesima.fr/s/DNtzxQF4yGoS79H> dans barre de navigation de votre navigateur internet, puis faites « entrer » :



Vous arrivez sur notre Cloud sécurisé, protégé par mot de passe :



Saisissez ou copiez-collez le mot de passe qui vous a été communiqué, puis faites « entrer » :



Vous arrivez sur une fenêtre qui est l'espace de dépôt :



Nous vous recommandons de nommer les fichiers à déposer avec un nommage contenant le **nom prénom et numéro de sécurité sociale de votre patient(e)** ainsi que la nature de la pièce (facture, radio préop...)

Pour déposer un fichier, 2 méthodes :

- Vous pouvez aller chercher le fichier dans l'emplacement où il se trouve via votre explorateur de fichiers, en cliquant sur le bouton
- Vous pouvez également faire un clic gauche avec votre souris sur le fichier que vous voulez déposer puis, sans relâcher votre souris, vous amenez votre pointeur de souris jusqu'à survoler le bouton puis vous relâchez



Un fois le fichier téléchargé, il apparaît en dessous de la mention « Fichiers envoyés : »



Dépôt de fichiers dans RC - Cellule Dentaire

⬆ Sélectionnez ou glissez-déposez vos fichiers

Fichiers envoyés :

 radio Pré-opératoire DUPON...

Vous pouvez ajouter autant de fichiers que nécessaire, en une ou plusieurs fois