

**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 : LEGRAND Prénom : CELINE

Adresse : 3 PLACE CHRAZNOW

CP 62 44 Ville : HARNES

Téléphone : 06.33.55.40.49 mail : celine.victoire62@gmail.com

Numéro adhérent : N169678

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 représentant légal) (OBLIGATOIRE)**

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



# NOTES D'HONORAIRES

## Facture acquittée

**Docteur GOMES ELODIE**  
Chirurgien dentiste

33 RUE DE SELLE  
59730 SOLESMES  
Tel : 03 27 37 31 19  
dr.gomes59730@gmail.com

1010132015 7

**Mme LEGRAND Celine**  
AVENUE DE LA PAIX  
62440 HARNES

Le jeudi 19 octobre 2023

Veuillez trouver ci-dessous le détail des actes réalisés :

Date	Dent	Descriptif	Cotation	BaseSS	Honoraires
19/10/2023	31,	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents	HBLD364	64.50	275.00

Montant total des honoraires : 275.00 €

Signature du praticien :

**PAYÉ**

**SELARL du Docteur GOMES Elodie**  
Chirurgien - Dentiste  
33, rue de Selle - 59730 SOLESMES  
Tél. 03 27 37 31 19  
SIRET 504 700 41 6



CAPINGHEM, le 21 octobre 2023

Exp: MSA 59-62 33 rue du Grand But à Capinghem Adresse postale : CS 36500 59716 Lille cedex 9  
3212

**PRESTATIONS SANTE**  
**19 OCTOBRE 2023**  
**LEGRAND CELINE**  
**BA5T / 2830759178131**

**MME LEGRAND CELINE**  
**AVENUE DE LA PAIX**  
**3 PL CHRAZNOW**  
**62440 HARNES**

DETAIL des PRESTATIONS	COUT TOTAL	REMBOURSEMENT			
		BASE	TAUX	OBLIGATOIRE	COMPLEMENTAIRE
<b>IMPORTANT : une participation forfaitaire de 1e s'applique aux consultations (médecin généraliste/spécialiste) et examen (radiologie/biologie). une franchise est également déduite des remboursements effectués sur les médicaments, actes paramédicaux et transports sanitaires. en tiers payant, ces sommes n'ont pu être prélevées sur vos remboursements santé, la MSA est tenue par la loi d'en demander le paiement direct ou d'en réaliser la retenue (retraite, prest. familiales,...)</b>					
ASSURANCE MALADIE SOINS DU 19.10.2023 POUR L'ASSURE EXECUTANT ELODIE GOMES RAC0.PROT.AMOV.TRA PT0 ENTENTE DIRECTE	275,00	64,50	60,00	38,70	
REF DECOMPTE: 3292BP6*SV312232				38,70	
RETENUES PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTE				1,00	
MONTANT NET				37,70	
<b>Réglé 37,70 euros le 20/10/2023 sur Compte FR76*****0001570****19 Bic CMCIFR2AXXX</b> <b>Titulaire : MME CELINE LEGRAND</b>					
<b>RELEVÉ DES RETENUES EFFECTUEES</b> (Franchises et participations forfaitaires non retenues sur des paiements effectués directement à un professionnel de santé).					
Date des soins	Actes dispensés	Bénéficiaires		Retenues effectuées	
06/10/2023	CONSULTATION	CELINE CLA		1,00	
		Montant recouvré le 19/10/2023:		1,00	

## Adhérent n° N169678

Mme CELINE LEGRAND

Email : celine.victoire62@gmail.com

Tel : 06 33 55 40 49

Mutuelle : PRAECONIS

## Bénéficiaires

Mme CELINE LEGRAND (CF)

Né(e) le 24/07/1983

M. VICTOIRE DEUDON (EN)

Né(e) le 05/12/2017

## Contrat(s)

[PLENITUDE 2 PERF 100 H4](#)

N° S2023936005445

Date d'effet : 01/10/2023

Cet échange a été résolu par :

Angélique CASTELLETTI le 13/11/2023 à 15:58

J'ai un remboursement ou un devis à vous faire parvenir

demande du 13/11/2023

Bonjour Madame LEGRAND

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



Cordialement,  
Angélique.

13/11/2023

*écrit par Angélique CASTELLETTI*

Voici mon attestation pour mon dossier de remboursement.



[screenshot\\_2023-11-13-11-14-59-899\\_com.jpg](#)

13/11/2023

*écrit par CELINE LEGRAND*