

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 : 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
- 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 (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 <u>radio panoramique</u> 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 <u>radio panoramique</u> 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

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 3210-2

Page 1/3

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 Jonathan ASSOLEN Identifiant du praticien : N°RPPS : 10005223747 - N° de l'établissement (FINESS) : 784054819 Raison sociale et adresse : SELARL DE CHIRURGIENS DENTISTES DE LA CELLE SAINT CLOUD 47 AV LUCIEN RENE DUCHESNE 78170 LA CELLE SAINT CLOUD Date du devis : 13/12/2023 Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 12/06/2024 Ce devis contient 3 pages indissociables Description du traitement proposé :	Identification du patient Nom et prénom : BONNE Frederic Date de naissance : 08/09/1976 N° de sécurité sociale du patient : 1 76 09 38 053 038 21 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 renseigner par l'organisme complémentaire) :
---	--

Lieu de fabrication du dispositif médical : au sein de l'Union Européenne, avec une partie de la réalisation du fabricant sous-traitée : 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 *** 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	
Panier CSS	4	Libre		honoraires libres		selon le contrat du patient	
		CSS		soumis à honoraires limites de facturation		pour les assurés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS)	

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	37	HBMD460	Inlay/onlay céramo-céramique	3	3	Aucun	550,00	100,00	60,00	490,00
2	16	HBMD460	Inlay/onlay céramo-céramique	3	3	Aucun	550,00	100,00	60,00	490,00
TOTAL € (des actes envisagés)							1 100,00	200,00	120,00	980,00

Identification du chirurgien-dentiste traitant Docteur Jonathan ASSOLEN Identifiant du praticien : N°RPPS : 10005223747 - N° de l'établissement (FINESS) : 784054819	Identification du patient Nom et prénom : BONNE Frederic Date de naissance : 08/09/1976 N° de sécurité sociale du patient : 1 76 09 38 053 038 21
---	---

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 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 de 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	Réalisé par votre praticien
1	37	HBMD351	Inlay/onlay composite	5	350,00	350,00	100,00	60,00	290,00	oui
2	16	HBMD351	Inlay/onlay composite	5	350,00	350,00	100,00	60,00	290,00	oui

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)

Signature du chirurgien-dentiste


 Dr Jonathan ASSOLEN
 47, rue Eugène René Duchesne
 78170 La Celle Saint-Cloud
 RPPS: 10005223747
 Tel.: 01.39.69.50.39

Notice explicative

Ce devis s'applique à tout traitement, pour lequel un dispositif médical sur mesure est nécessaire (prothèse dentaire essentiellement). Le chirurgien-dentiste vous précise la date du devis et la date de fin de validité de ce devis.

Votre chirurgien-dentiste vous informe des différentes possibilités de traitement qui vous sont offertes et peut vous proposer plusieurs devis le cas échéant.

Si vous désirez transmettre ce devis à votre organisme complémentaire pour connaître votre reste à charge, vous pouvez renseigner le pavé correspondant.

Dans ce devis, le chirurgien-dentiste décrit le traitement qu'il vous propose ainsi que les différents matériaux utilisés. Il vous précise la nature de l'acte conformément à la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM) ou pour les actes d'orthodontie, à la Nomenclature Générale des Actes et Prestations (NGAP). Lorsqu'un acte est non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire, le chirurgien-dentiste indique dans la colonne Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire la mention « NR » (Non remboursable). Par ailleurs, quand l'acte n'est pas décrit à la CCAM ou à la NGAP, le chirurgien-dentiste indique la mention « HN » (Hors nomenclature).

Lorsque le chirurgien-dentiste vous propose un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention de la complémentaire), il doit mentionner dans la partie « information alternative thérapeutique » du devis les actes sans reste à charge (panier 100% santé) ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé constituant une alternative thérapeutique chaque fois qu'elle existe et si elle est ou non réalisée par le praticien

Le chirurgien-dentiste doit indiquer le lieu de fabrication du dispositif médical (exemple : couronne), qui peut être :

- au sein de l'Union européenne (UE),
- hors de l'Union européenne.

En cas de sous-traitance de la fabrication du dispositif par le fournisseur, le chirurgien-dentiste en précise le lieu.

Identification du chirurgien-dentiste traitant Docteur Jonathan ASSOLEN Identifiant du praticien : N°RPPS : 10005223747 - N° de l'établissement (FINESS) : 784054819	Identification du patient Nom et prénom : BONNE Frederic Date de naissance : 08/09/1976 N° de sécurité sociale du patient : 1 76 09 38 053 038 21
---	---

Une déclaration de conformité du dispositif médical, garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, vous sera remise par votre chirurgien-dentiste en fin de traitement.

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

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008854

Valable du 18/12/2023 au 17/03/2024

M BONNE FREDERIC

RUE DU PROFFESSEUR VICTOR
41-43 PAUCHET
92420 VAUCRESSON

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 18 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 : **BONNE FREDERIC** Né(e) le : **08/09/1976**

N° Dossier : **N124308** N° S.S. : **1760938053038 21**

Date du devis : **18/12/2023**

Code Tiers National : **784054819**

DR ASSOLEN JONATHAN
78170 LA CELLE SAINT CLOUD



Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Inlay onlay RAC M 2020 1	350.00	37		100.00	60.00	105.00	185.00
Inlay onlay RAC M 2020 1	350.00	16		100.00	60.00	105.00	185.00
TOTAUX	700.00				120.00	210.00	370.00

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

FEUILLET PRATICIEN (*)**ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008854**

Valable du 18/12/2023 au 17/03/2024

DR ASSOLEN JONATHAN**47 AV LUCIEN RENVE DUCHESNE****78170 LA CELLE SAINT CLOUD****CONTACT**

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 18 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 : **BONNE FREDERIC** Né(e) le : **08/09/1976**N° Dossier : **N124308** N° S.S. : **1760938053038 21**Date du devis : **18/12/2023**Code Tiers National : **784054819**Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Inlay onlay RAC M 2020 1	350.00	37		100.00	60.00	105.00	185.00
Inlay onlay RAC M 2020 1	350.00	16		100.00	60.00	105.00	185.00
TOTAUX	700.00				120.00	210.00	370.00

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

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

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008853

Valable du 18/12/2023 au 17/03/2024

M BONNE FREDERIC

RUE DU PROFFESSEUR VICTOR
41-43 PAUCHET
92420 VAUCRESSON

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 18 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 : **BONNE FREDERIC** Né(e) le : **08/09/1976**

 N° Dossier : **N124308** N° S.S. : **1760938053038 21**

 Date du devis : **18/12/2023**

 Code Tiers National : **784054819**
DR ASSOLEN JONATHAN
78170 LA CELLE SAINT CLOUD

 Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Inlay Onlay Tarif libre 1	550.00	37		100.00	60.00	105.00	385.00
Inlay Onlay Tarif libre 1	550.00	16		100.00	60.00	105.00	385.00
TOTAUX	1100.00				120.00	210.00	770.00

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

FEUILLET PRATICIEN (*)
ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008853

Valable du 18/12/2023 au 17/03/2024

DR ASSOLEN JONATHAN
47 AV LUCIEN RENVE DUCHESNE
78170 LA CELLE SAINT CLOUD
CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 18 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 : **BONNE FREDERIC** Né(e) le : **08/09/1976**

 N° Dossier : **N124308** N° S.S. : **1760938053038 21**

 Date du devis : **18/12/2023**

 Code Tiers National : **784054819**

 Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Inlay Onlay Tarif libre 1	550.00	37		100.00	60.00	105.00	385.00
Inlay Onlay Tarif libre 1	550.00	16		100.00	60.00	105.00	385.00
TOTAUX	1100.00				120.00	210.00	770.00

 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° N124308

M. FREDERIC BONNE

Email : fb6938-mutuelle@yahoo.fr

Tel : 06 88 84 83 05

Mutuelle : PRAECONIS

Bénéficiaires

M. FREDERIC BONNE (CF)

Né(e) le 08/09/1976

Contrat(s)

[PROTECTION JURIDIQUE VP](#)

N° I2023936000402

Date d'effet : 01/01/2023

[IND J HOSP ACCIDENT 15€](#)

N° I2023936000403

Date d'effet : 01/01/2023

[CIRCE 2 Performance H3](#)

N° S2023936003325

Date d'effet : 01/01/2023

[VERALIS BASE](#)

N° S2017936007393

 résilié le : 31/12/2022

Cet échange a été résolu par :

Angélique CASTELLETTI le 18/12/2023 à 13:56

Ce message s'adresse au service dentaire

demande du 18/12/2023

Bonjour Monsieur BONNE



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.

[mandat_parcours-dentaire_praeconis_030423_1680695494.pdf](#)

[notice_parcours_dentaire_praeconis.pdf](#)

[in1.pdf](#)

[ino.pdf](#)

18/12/2023

écrit par Angélique CASTELLETTI