

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 : DELIVET Prénom : LAURA NOELLE

Adresse : BAT B APT 02 RESIDENCE LE MAYNE 127 ALLEE DE LA SCIERIE

CP 33127 Ville : ST JEAN D'ILLAC

Téléphone : 06.31.80.74.78 mail : laura.delivet@yahoo.com

Numéro adhérent : N081410

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 |

16 / OUT 2022

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.

33127 SAINT JEAN D'ILLAC

Numéro de Sécurité sociale du patient : 2 82 12 97 105 091 11

Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

Description du traitement proposé :

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)

* 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 de l'acte.

| | | | | | | |
|------------------------|---|--|---|--|---|--|
| ** 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 |


| **** 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 Patient
 Nom Prénom : DELIVET Laura
 Date de naissance : 25/12/1982
 Numéro de Sécurité sociale du patient : 2 82 12 97 105 091 11

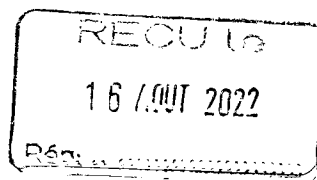
| Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|------------------------------------|---------------------|-------------------------|---------------|----------------------------------|---|---|---|---|
| N° de Traitement | N° dent ou Localisation | Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*) | Nature de l'acte | Matériaux utilisés (**) | Panier (****) | Honoraires limite de facturation | Honoraires 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 | 41 | HBLD364 | APP RES provis 1 dt | 6-5 | 1 | 275,00 € | 275,00 € | 64,50 € | 45,15 € | 229,85 € |
| 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)
21/07/22 

Signature du Chirurgien-dentiste

 **SELARL DOCTEUR LANG**
SELARL de Chirurgien-dentiste
180 avenue des Chênes - Bât. A1

SELARL DOCTEUR LANG
SELARL de Chirurgien-dentiste
180 avenue des Chênes - Bât. A1
33127 ST JEAN D'ILLAC
RCS Bordeaux 521 102 715
Tableau de l'ordre de la Gironde n° R33/106
SIRET 521 102 715 00013



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).

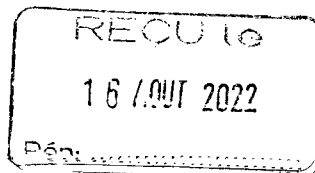
Lorsque le chirurgien-dentiste vous propose un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention de la complémentaire), il doit mentionner dans la partie « information alternative thérapeutique » du devis les actes sans reste à charge (panier 100% santé) ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé 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.

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° 1222007820

Valable du 17/08/2022 au 16/11/2022

MME DELIVET LAURA NOELLE
PTE 2
BAT B
127 ALL DE LA SCIERIE
BATB APPT02-RES LE MAYNE DE
33127 ST JEAN D'LLAC

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 17 août 2022

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 : **DELIVET LAURA NOELLE** Né(e) le : **25/12/1982**

 N° Dossier : **N081410** N° S.S. : **2821297105091 11**

 Date du devis : **17/08/2022**

 Code Tiers National : **334703006**
Dr Gwenaëlle LANG
33127 SAINT JEAN D ILLAC

 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 RACO 2021 1 | 275.00 | 41 | | 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

FEUILLET PRATICIEN (*)**ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1222007820**

Valable du 17/08/2022 au 16/11/2022

Dr Gwenaelle LANG**180 AV DS CHENES****33127 SAINT JEAN D ILLAC****CONTACT**

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 17 août 2022

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 : **DELIVET LAURA NOELLE** Né(e) le : **25/12/1982**N° Dossier : **N081410** N° S.S. : **2821297105091 11**Date du devis : **17/08/2022**Code Tiers National : **334703006**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 2021 1 | 275.00 | 41 | | 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

RECU D'HONORAIRES

(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris)

18 DEC. 2023

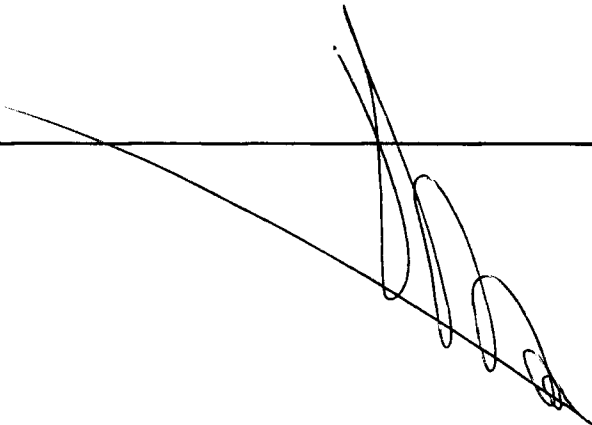
Le Jeudi 7 Décembre 2023

| | |
|---|--|
| Identification du chirurgien-dentiste traitant Identifiant RPPS : 10001040020 Dr. Gwenaëlle LANG Conventionné Identification de la structure (Raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) SELARL DOCTEUR LANG 180 avenue des chênes bat A 1 33127 SAINT JEAN D'ILLAC N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : 521102715000133 | Identification du patient Nom et prénom : Mme DELIVET Laura Date de naissance : 25/12/1982 N° de Sécurité sociale de l'assuré : 2821297105091 11 A remplir par l'assuré Identification de l'assurance complémentaire : Nom de la complémentaire : Phaeconis N° de contrat ou d'adhérent : N084410 Adresse électronique de l'assuré : laura.delivet@yahoo.com |
|---|--|

Je soussigné(e) Dr. Gwenaëlle LANG atteste avoir reçu le 07/12/2023 de Mme DELIVET Laura la somme de 236,30 € pour des actes effectués à la date du 07/12/2023

| 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 |
| 07/12/2023 | 41 | APP RES provis 1 dt | HBLD364 | 275,00 | 64,50 | 38,70 | |
| Total € | | | | 275,00 | 64,50 | 38,70 | 0,00 |

Facture acquittée

| | |
|--|---|
| Règlement : Montant réglé par le patient : 236,30 € Mode de règlement : <input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Chèque <input checked="" type="checkbox"/> Carte bancaire <input type="checkbox"/> Autres : Date de règlement : 07/12/2023 | SELARL DOCTEUR LANG SELARL de Chirurgien-dentiste 180 avenue des Chênes - Bât. A1 33127 ST JEAN D'ILLAC RCS Bordeaux 521 102 715 Tableau de l'ordre de la Gironde n° R33/106 SIRET 521 102 715 00015  |
|--|---|