

## 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 : LAGNEAU Prénom : MARION

Adresse : 1 RUE ALEXANDRA DAVID NEEL

CP 93160 Ville : NOISY LE GRAND

Téléphone : 06.74.31.34.78 mail : babou\_marion@hotmail.com

Numéro adhérent : N171319

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

NOSTRUM CARE - 15 avenue Schuman Villa D'Este - 13002 MARSEILLE

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



# ANNEXE AU DEVIS CONVENTIONNEL : DETAIL DU RESTE A CHARGE

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.

## Rappel du devis

N° du devis : 148903  
Date du devis : 09 Novembre 2023  
Valable jusqu'au : 09 Mai 2024

Description du traitement proposé :

Dispositions particulières :

## Identification du chirurgien-dentiste traitant

Nom Prénom : MONTEAU Axelle  
Identifiant du praticien RPPS : 1 0 1 0 7 3 2 6 1 0 9

## Identification de l'établissement

N° de l'établissement (FINESS) : 9 3 0 0 2 9 5 6 6  
Raison sociale et adresse : SANTEA MONTREUIL  
38 Rouget de Lisle  
93100 MONTREUIL

## Identification du patient

Nom Prénom : LAGNEAU MARION  
Date de naissance : 0 2 / 0 3 / 1 9 8 8  
N° de Sécurité sociale : 288037858601291

## Organisme complémentaire

Nom de l'organisme :  
N° adhérent :  
Référence dossier :

## Rappel du traitement proposé

N° de traitement	N° de dent ou localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Honoraires	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé organisme complémentaire	Reste à charge patient
1	17	HBMD460	Restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté [Inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux	450,00	100,00	60,00	0,00	390,00

450,00  
Total des honoraires

100,00  
Base de remboursement

60,00  
Ass. maladie obligatoire

0,00  
Organisme complémentaire

390,00  
Reste à charge patient

Tous les montants à l'exception des montants d'honoraires, sont données à titre indicatif sous réserve de la valorisation finale de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire



ASSOCIATION SANTÉA - Tél. +33 (0)1 84 74 07 65  
38 Boulevard Rouget de Lisle  
93100 MONTREUIL - FRANCE  
Code APE : 8623Z - SIRET : 853 021 756 00012



**NOSTRUM VITA**  
**6 rue Paul MOREL**  
**BP 80283**  
**70006 VESOUL CEDEX**  
**FEUILLET PATIENT**

**ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008052**

Valable du 13/11/2023 au 12/02/2024

**MME LAGNEAU MARION**

**1 RUE ALEXANDRA DAVID NEEL**

**93160 NOISY LE GRAND**

**CONTACT**

**Ligne Directe : 03.84.75.22.52**

**Fax : 03.84.75.20.21**

**E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com**

Vesoul, le 13 novembre 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 : **LAGNEAU MARION** Né(e) le : **02/03/1988**

N° Dossier : **N171319** N° S.S. : **2880378586012 91**

Date du devis : **13/11/2023**

Code Tiers National : **930029566**

**DR MONTEAU AXELLE**  
**93100 MONTREUIL**



Cet accord préalable est établi en **euros**

<b>Libellé Prestation</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Dent</b>	<b>Qté</b>	<b>Base Régime Obligatoire</b>	<b>Part Régime Obligatoire</b>	<b>Part Mutuelle</b>	<b>Reste à Charge</b>
Inlay Onlay Tarif libre 1	450.00	17		100.00	60.00	120.00	270.00
<b>TOTAUX</b>	<b>450.00</b>				<b>60.00</b>	<b>120.00</b>	<b>270.00</b>

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

**NOSTRUM VITA**  
**6 rue Paul MOREL**  
**BP 80283**  
**70006 VESOUL CEDEX**

**FEUILLET PRATICIEN (\*)**

**ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008052**

Valable du 13/11/2023 au 12/02/2024

**DR MONTEAU AXELLE**

**38 ROUGET DE LISLE**

**93100 MONTREUIL**

**CONTACT**

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mm.com

Vesoul, le 13 novembre 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 : **LAGNEAU MARION** Né(e) le : **02/03/1988**

N° Dossier : **N171319** N° S.S. : **2880378586012 91**

Date du devis : **13/11/2023**

Code Tiers National : **930029566**

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	450.00	17		100.00	60.00	120.00	270.00
<b>TOTAUX</b>	<b>450.00</b>				<b>60.00</b>	<b>120.00</b>	<b>270.00</b>

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**