



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 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  
MMC - 6 rue Paul Morel - 70000 VESOUL**

Fait à : .....

Le : .....

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

**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 (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 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 Madame ROBERT SOLENE  
Identifiant du praticien RPPS 10102039608 N° ADELI 704700251 ou  
N° de l'établissement (FINESS) [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Raison sociale et adresse SELARL DE CHIRURGIENS DENTISTES BENOIT  
13 Avenue Labienus  
70300 LUXEUIL-LES-BAINS

Date du devis : 08/11/2023

Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 08/05/2024

Ce devis contient ... pages indissociables

Description du traitement proposé :

### Identification du Patient

Nom Prénom : KEMPF Sabrina  
Date de naissance : 21/09/1984  
Numéro de Sécurité sociale du patient : 2 84 09 68 112 035 09

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.

\*\*\* 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

<b>Identification du chirurgien-dentiste traitant</b> Identifiant du praticien RPPS 10102039608 N° ADEL 704700251 ou N° de l'établissement (FINESS) [ ]	<b>Identification du Patient</b> Nom Prénom : KEMPF Sabrina Date de naissance : 21/09/1984 Numéro de Sécurité sociale du patient : 2 84 09 68 112 035 09
---	--

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	25	HBQK040	2 radios			Aucun	11,97 €	11,97 €	8,38 €	3,59 €
1	25	HBGD001	desobruration PM			Aucun	110,00 €	NR	0,00 €	110,00 €
1	25	HBFD003	endo PM pnv			Aucun	68,00 €	68,00 €	40,80 €	27,20 €
2	25	HBLD403	Cour Zirc stratifiée		3	Aucun	645,00 €	120,00 €	72,00 €	573,00 €
2	25	HBLD245	Inlay Core libre	2	3	Aucun	260,00 €	90,00 €	54,00 €	206,00 €
Matériaux: (2) Alliage non précieux ISO 22674 2016										
3	46,47	HBLD131	prothèse stellite 2d	2-5-6	2	1 100,00 €	1 100,00 €	193,50 €	116,10 €	983,90 €
Matériaux: (2+5+6) Alliage non précieux ISO 22674 2016 + Polymères de base NF EN ISO 20795:1:2013 + Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017										
4	17	HBMD460	Inl/onlay Céram	3	3	Aucun	400,00 €	100,00 €	60,00 €	340,00 €
Matériaux: (3) Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016										
TOTAL € (des actes envisagés)							2 594,97 €	583,47 €	351,28 €	2 243,69 €

**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 sans reste à charge										
N° de Traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	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	Réalisé par votre praticien
2	25	HBLD350	Cou zirc hors molair	6	440,00 €	440,00 €	120,00 €	72,00 €	368,00 €	Oui
2	25	HBLD090	Inlay Core 100% Santé	2	175,00 €	175,00 €	90,00 €	54,00 €	121,00 €	Oui

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 dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien
4	17	HBMD351	Ini/Onlay Compo	2	350,00 €		100,00 €			Non

NB: Les radiographies et certains soins courants seront réalisés selon les besoins de l'avancement du traitement ; de ce fait, ils ne sont pas inclus dans le montant total.

Une réévaluation pourra être nécessaire en cours de traitement en fonction de l'amélioration de l'état général et bucco-dentaire et la cicatrisation s'il y a lieu. Les traitements sont évalués sous réserve que l'état des dents actuellement sous couronnes (radio-opaques) ne présentent pas d'anomalie.

Le patient reconnaît avoir été informé des autres solutions thérapeutiques pouvant être envisagées et les avoir comprises.

Le choix de la solution décrite ci-dessus est fait de façon éclairée.

Les règlements s'effectuent selon l'entente financière jointe et définie avant le début des travaux.

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

### 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.



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

# **ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223007989**

Valable du 09/11/2023 au 08/02/2024

**M KEMPF ELIE**

**LA RAMOUSE**

**70220 FOUGEROLLES**

## **CONTACT**

**Ligne Directe : 03.84.75.22.52**

**Fax : 03.84.75.20.21**

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

Vesoul, le 9 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 : **KEMPF SABRINA** Né(e) le : **21/09/1984**

N° Dossier : **N076562** N° S.S. : **2840968112035 09**

Date du devis : **09/11/2023**

Code Tiers National : **704700251**

**DR Solène ROBERT**  
**70300 LUXEUIL LES BAINS**



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>
Proth fixe céram t.libre 1	645.00	25		120.00	72.00	468.00	105.00
Inlay Core tarif libre 1	260.00	25		90.00	54.00	108.00	98.00
Proth. amov. RAC modéré 1	1100.00	46		193.50	116.10	754.65	229.25
Inlay Onlay Tarif libre 1	400.00	17		100.00	60.00	205.00	135.00
<b>TOTAUX</b>	<b>2405.00</b>				<b>302.10</b>	<b>1535.65</b>	<b>567.25</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



**MMC**  
**6 rue Paul MOREL**  
**BP 80283**  
**70006 VESOUL CEDEX**

**FEUILLET PRATICIEN (\*)**

**ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223007989**

Valable du 09/11/2023 au 08/02/2024

**DR Solène ROBERT**

**13 AV LABIENUS**

**70300 LUXEUIL LES BAINS**

**CONTACT**

**Ligne Directe : 03.84.75.22.52**

**Fax : 03.84.75.20.21**

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

Vesoul, le 9 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 : **KEMPF SABRINA** Né(e) le : **21/09/1984**

N° Dossier : **N076562** N° S.S. : **2840968112035 09**

Date du devis : **09/11/2023**

Code Tiers National : **704700251**

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>
Proth fixe céram t.libre 1	645.00	25		120.00	72.00	468.00	105.00
Inlay Core tarif libre 1	260.00	25		90.00	54.00	108.00	98.00
Proth. amov. RAC modéré 1	1100.00	46		193.50	116.10	754.65	229.25
Inlay Onlay Tarif libre 1	400.00	17		100.00	60.00	205.00	135.00
<b>TOTAUX</b>	<b>2405.00</b>				<b>302.10</b>	<b>1535.65</b>	<b>567.25</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**





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

**ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223007986**

Valable du 09/11/2023 au 08/02/2024

**M KEMPF ELIE**

**LA RAMOUSE**

**70220 FOUGEROLLES**

**CONTACT**

**Ligne Directe : 03.84.75.22.52**

**Fax : 03.84.75.20.21**

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

Vesoul, le 9 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 : **KEMPF SABRINA** Né(e) le : **21/09/1984**

N° Dossier : **N076562** N° S.S. : **2840968112035 09**

Date du devis : **09/11/2023**

Code Tiers National : **704700251**

**DR Solène ROBERT**  
**70300 LUXEUIL LES BAINS**



Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Cour. zircone RAC 0 1	440.00	25		120.00	72.00	368.00	0.00
Inlay core RAC 0 1	175.00	25		90.00	54.00	121.00	0.00
<b>TOTAUX</b>	<b>615.00</b>				<b>126.00</b>	<b>489.00</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



MMC  
6 rue Paul MOREL  
BP 80283  
70006 VESOUL CEDEX

**FEUILLET PRATICIEN (\*)**

**ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223007986**

Valable du 09/11/2023 au 08/02/2024

**DR Solène ROBERT**

**13 AV LABIENUS**

**70300 LUXEUIL LES BAINS**

**CONTACT**

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 9 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 : **KEMPF SABRINA** Né(e) le : **21/09/1984**

N° Dossier : **N076562** N° S.S. : **2840968112035 09**

Date du devis : **09/11/2023**

Code Tiers National : **704700251**

Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Cour. zircone RAC 0 1	440.00	25		120.00	72.00	368.00	0.00
Inlay core RAC 0 1	175.00	25		90.00	54.00	121.00	0.00
<b>TOTAUX</b>	<b>615.00</b>				<b>126.00</b>	<b>489.00</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**



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

**ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223007988**

Valable du 09/11/2023 au 08/02/2024

**M KEMPF ELIE**

**LA RAMOUSE**

**70220 FOUGEROLLES**

**CONTACT**

**Ligne Directe : 03.84.75.22.52**

**Fax : 03.84.75.20.21**

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

Vesoul, le 9 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 : **KEMPF SABRINA** Né(e) le : **21/09/1984**

N° Dossier : **N076562** N° S.S. : **2840968112035 09**

Date du devis : **09/11/2023**

Code Tiers National : **704700251**

**DR Solène ROBERT**  
**70300 LUXEUIL LES BAINS**



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	17		100.00	60.00	205.00	85.00
<b>TOTAUX</b>	<b>350.00</b>				<b>60.00</b>	<b>205.00</b>	<b>85.00</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



MMC  
6 rue Paul MOREL  
BP 80283  
70006 VESOUL CEDEX

**FEUILLET PRATICIEN (\*)**

**ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223007988**

Valable du 09/11/2023 au 08/02/2024

**DR Solène ROBERT**

**13 AV LABIENUS**

**70300 LUXEUIL LES BAINS**

**CONTACT**

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 9 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 : **KEMPF SABRINA** Né(e) le : **21/09/1984**

N° Dossier : **N076562** N° S.S. : **2840968112035 09**

Date du devis : **09/11/2023**

Code Tiers National : **704700251**

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	17		100.00	60.00	205.00	85.00
<b>TOTAUX</b>	<b>350.00</b>				<b>60.00</b>	<b>205.00</b>	<b>85.00</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**

## Adhérent n° N076562

M. ELIE KEMPF

Email : sab.kempff@gmail.com

Tel : 06 06 72 95 12

Mutuelle : MMC

## Bénéficiaires

M. ELIE KEMPF (CF)

Né(e) le 08/01/1985

Mme SABRINA KEMPF (CJ)

Né(e) le 21/09/1984

M. AUGUSTIN KEMPF (EN)

Né(e) le 04/01/2016

Mme CLEMENTINE KEMPF (EN)

Né(e) le 02/10/2017

## Contrat(s)

[PRO 150](#)

N° S2014005001421

Date d'effet : 01/01/2014

Cet échange a été résolu par :

Angélique CASTELLETTI le 09/11/2023 à 11:59

## Ce message s'adresse au service dentaire

demande du 09/11/2023

Bonjour Madame KEMPF



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

Cordialement,  
Angélique.

[ino.pdf](#)

[.prestation-dentaire-n076562--kempf--sabrina--21\\_09\\_1984--la-ramouse--2840968112035--70220--fougero.pdf](#)

[rac0.pdf](#)

[in1.pdf](#)

[notice\\_parcours\\_dentaire\\_mmc.pdf](#)

09/11/2023

*écrit par Angélique CASTELLETTI*