

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 : LEURS Prénom : JACQUELINE

Adresse : 15 RUE DU LUXEMBOURG

CP 59155 Ville : FACHES THUMESNIL

Téléphone : 03.20.96.24.48 mail :

Numéro adhérent : N160980

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)

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 et prénom : MERCIER Sylvia

Identification RPPS : 10003555744

N° ADELI : 594755910

N° d'établissement (FINESS) : 594755910

Raison sociale et adresse : Cabinet Des Drs MERCIER

65 rue Kléber 59155 FACHES THUMESNIL France

Date du devis : 21/11/2023

Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 21/05/2024

Ce devis contient 3 pages indissociables.

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : LEURS Jacqueline

Date de naissance : 17/03/1934

N° de Sécurité Sociale du patient : 2 34 03 59 295 017 44

SERVICE COURRIER LE

13 DEC. 2023

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

** 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
**** 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	

* 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.

Identification du chirurgien dentiste traitant Identification RPS : 1000350574# N° ADIFI : 084 15910 N° d'établissement (F.N.E.S.S.) : 5047 2910		Identification du patient Nom et prénom : EURLS Jacqueline Date de naissance : 17/09/1934 N° de Carte Nationale d'Identité de patient : 4 13 60 295 017 44	
---	--	---	--

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 limites de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO (***)	Montant non remboursé AMO
		HBMD007	REBASAGE DE PROTHESE PARTIELLE AMOVIBLE (PPA)				120,00 €	NR	0,00 €	120,00 €
Total (des actes envisagés)							120,00 €	0,00 €	0,00 €	120,00 €

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



Identification du chirurgien-dentiste traitant		Identification du patient	
Identifiant de l'Assuré (N° 0155) : 44	N° Affilié : 0155	Nom et prénom : F. DUBOIS (à quel lieu)	Date de naissance : 10/01/1941
N° d'attribution de l'INSEE : 534 45416		N° de Sécurité Sociale du patient : 2 405 160 000 45	

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.

SERVICE COURRIER LE

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

13 DEC. 2023

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 réalisé 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.

ATTENTION : dans le cas de la pose d'un dispositif médical classé CMR (cancérigène, mutagène, toxique pour la reproduction) contenant du cobalt métallique, le Chirurgien-Dentiste doit vous tenir informé de sa nocivité potentielle.

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)

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 et prénom : MERCIER Sylvia

Identification RPPS : 10003555744

N° ADELI : 594755910

N° d'établissement (FINESS) : 594755910

Raison sociale et adresse : Cabinet Des Drs MERCIER

65 rue Kléber 59155 FACHES THUMESNIL France

Identification du patient

Nom et prénom : LEURS Jacqueline

Date de naissance : 17/03/1934

N° de Sécurité Sociale du patient : 2 34 03 59 295 017 44

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) :

Date du devis : 21/11/2023

Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 21/05/2024

Ce devis contient 3 pages indissociables.

Description du traitement proposé :

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

** 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
**** 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	

* 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.

SERVICE COURRIER LE
13 DEC. 2023

Identification du chirurgien-dentiste traitant Identification RPS : 600255141 N° d'établissement (HNF-RS) : 544701410		Identification du patient Nom et prénom : LEURS Jacques Date de naissance : 17/03/1934 N° de Carte Sociale du patient : 234 03 59 295 +17 44	
--	--	--	--

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 limites de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO (***)	Montant non remboursé AMO
		HN 1	supplément Valplast				200,00 €	NR	0,00 €	200,00 €
1	01	HBLD470	PPA STELITTE 8 DENTS (12,14,15,16,23,24,25,26)	2, 5, 6	2	1 365,00 €	1 365,00 €	247,25 €	148,35 €	1 216,65 €
2	02	HBLD371	PPA RESINE 6 DTS TRANSITOIRE (44,45,46,47,36,37)	5, 6	1	400,00 €	400,00 €	96,75 €	58,05 €	341,95 €
Total (des actes envisagés)							1 965,00 €	344,00 €	206,40 €	1 758,60 €

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 
--	---

Vesoul, le 14 décembre 2023

Madame LEURS JACQUELINE
15 RUE DU LUXEMBOURG
59155 FACHES THUMESNIL

N160980

Bonjour Madame LEURS,

Nous accusons réception de votre devis dentaire pour rebasage.

Nous avons le regret de vous informer que l'acte mentionné sur votre facture ne peut faire l'objet d'aucun remboursement au titre de votre contrat.

Cordialement

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

Vesoul, le 14 décembre 2023

Madame LEURS JACQUELINE
15 RUE DU LUXEMBOURG
59155 FACHES THUMESNIL

N160980

Bonjour Madame LEURS

Veuillez trouver ci jointe notre estimation de prise en charge.

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

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

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

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008798

Valable du 14/12/2023 au 13/03/2024

MME LEURS JACQUELINE

15 RUE DU LUXEMBOURG

59155 FACHES THUMESNIL

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 14 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 : **LEURS JACQUELINE** Né(e) le : **17/03/1934**

N° Dossier : **N160980** N° S.S. : **2340359295017 44**

Date du devis : **14/12/2023**

Code Tiers National : **594755910**

DR MERCIER SYLVIA

59155 FACHES THUMESNIL



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. amov. RAC modéré 1	1365.00	01		247.25	148.35	370.88	845.77
Proth. amo tran RAC0 1	400.00	02		96.75	58.05	341.95	0.00
TOTAUX	1765.00				206.40	712.83	845.77

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

PRAECONIS
6 rue Paul MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

FEUILLET PRATICIEN (*)

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008798

Valable du 14/12/2023 au 13/03/2024

DR MERCIER SYLVIA

65 RUE KLEBER

59155 FACHES THUMESNIL

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 14 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 : **LEURS JACQUELINE** Né(e) le : **17/03/1934**

N° Dossier : **N160980** N° S.S. : **2340359295017 44**

Date du devis : **14/12/2023**

Code Tiers National : **594755910**

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. amov. RAC modéré 1	1365.00	01		247.25	148.35	370.88	845.77
Proth. amo tran RAC0 1	400.00	02		96.75	58.05	341.95	0.00
TOTAUX	1765.00				206.40	712.83	845.77

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