



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 : BOURQUARD Prénom : ALAIN

Adresse : 2 B RUE DU COUVENT

CP 70160 Ville : SENONCOURT

Téléphone : 06.08.56.64.91 mail : alain.bourquard5@orange.fr

Numéro adhérent : N030443

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
<b>IMPLANTS</b>	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
<b>PROTHESES sur IMPLANTS</b> <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
<b>MALADIE PARODONTALE</b> <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
<b>ORTHODONTIE ADULTE</b> <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
<b>PROTHESES</b> <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
<b>INLAY-ONLAY</b>	Transmettre le devis de votre dentiste		Transmettre la déclaration de conformité	Transmettre votre facture nominative, détaillée acquittée
<b>PROTHESE AMOVIBLE TRANSITOIRE</b>	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

(les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis)

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.

Identification du chirurgien-dentiste traitant : Docteur Hélène MALITCHENKO

Identifiant du praticien : N°RPPS : 10000818160 - N°ADELI : 704001957

Identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) : 42, Rue Gérôme 70000 VESOUL

N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET)

Date de l'établissement du devis : 14/11/2023

Durée de validité du devis : 6 mois

Identification du patient

Nom et prénom : BOURQUARD Alain

Date de naissance : 23/06/1958

N° de sécurité sociale de l'assuré : 1 58 06 88 465 037 47

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire :

Adresse de l'assuré : 2 Rue DU COUVENT 70160 SENONCOURT

Tel :

Nom de l'organisme complémentaire : N° de contrat ou d'adhérent :

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

A remplir par le chirurgien-dentiste. Description du traitement proposé :

Dispositions particulières : oui ☐ non ☐ Si oui, lesquelles ?

Lieu de fabrication du dispositif médical : au sein de l'Union Européenne (France), sans sous-traitance du fabricant

A l'issue du traitement et sur votre demande, 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)

## Description précise et détaillée des actes

N° dent	Nature de l'acte	Matériaux utilisés	Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire	(A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure *	(B1) Montant des prestations de soins	(B2) Charges de structure	(C=A+B1+B2) Montant des honoraires	(D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire	(E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire	Réservé à l'organisme complémentaire
23 24 26	Prothèse adjointe transitoire 3 dents	Résine dent NF EN ISO 22112 2005, Résine Base NF EN ISO 1567 2000	HBLD364				275,00	64,50	210,50	
	<b>TOTAL</b>						275,00	64,50	210,50	

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)

25.11.2023 *Bourquard*

\* Coût d'élaboration du dispositif médical

Total des honoraires : 275,00 €

Signature du praticien

**D<sup>r</sup> Hélène MALITCHENKO**

**CHIRURGIEN DENTISTE**

42, rue Gérôme - 70000 VESOUL

Tel. 03 84 76 72 12

**ALAIN BOURQUARD**

Numer Adherent : N030443

SERVICE COURRIER LE  
29 NOV. 2023

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

Votre chirurgien-dentiste vous informera des différentes possibilités de traitement qui vous sont offertes.

Si vous désirez transmettre ce devis à votre organisme complémentaire, 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.

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

- en France ;
- au sein de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen (EEE), en Suisse ;
- hors de l'Union européenne, le pays sera alors précisé.

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

Si vous le souhaitez, une déclaration de conformité du dispositif médical, garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, vous sera remise en fin de traitement.

Ce devis vous informera du coût des traitements proposés par votre chirurgien-dentiste. Il précisera notamment le prix de vente du dispositif médical sur mesure proposé, correspondant au coût d'élaboration du dispositif médical incluant certaines charges du cabinet (A), le montant des prestations de soins assurées par le praticien lors du traitement (B1) ainsi que le montant des autres charges de structure du cabinet (B2). Les honoraires ( $C = A + B1 + B2$ ) correspondent à la somme de ces trois montants. En outre, le devis précise le montant restant à votre charge avant remboursement par votre organisme complémentaire, si vous en avez un (E).

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

**ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008508**

Valable du 30/11/2023 au 29/02/2024

**M BOURQUARD ALAIN**

**2B RUE DU COUVENT**

**70160 SENONCOURT**

**CONTACT**

**Ligne Directe : 03.84.75.22.52**

**Fax : 03.84.75.20.21**

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

Vesoul, le 30 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 : **BOURQUARD ALAIN** Né(e) le : **23/06/1958**

N° Dossier : **N030443** N° S.S. : **1580688465037 47**

Date du devis : **05/07/2023**

Code Tiers National : **704001957**

**Dr Hélène MALITCHENKO**  
**70000 VESOUL**



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. amo tran RACO 1	275.00	23		64.50	38.70	236.30	0.00
<b>TOTAUX</b>	<b>275.00</b>				<b>38.70</b>	<b>236.30</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° 1223008508

Valable du 30/11/2023 au 29/02/2024

Dr Hélène MALITCHENKO

42 RUE Gérôme

70000 VESOUL

## CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 30 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 : **BOURQUARD ALAIN** Né(e) le : **23/06/1958**N° Dossier : **N030443** N° S.S. : **1580688465037 47**Date du devis : **05/07/2023**Code Tiers National : **704001957**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 1	275.00	23		64.50	38.70	236.30	0.00
<b>TOTAUX</b>	<b>275.00</b>				<b>38.70</b>	<b>236.30</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



Vesoul, le 30 novembre 2023

Monsieur BOURQUARD ALAIN  
2 B RUE DU COUVENT  
70160 SENONCOURT

N030443

Bonjour Monsieur BOURQUARD

Veillez trouver ci-joint le retour de votre 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

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

[www.mutuelle-mmc.com](http://www.mutuelle-mmc.com)

■ **Siège social** : 6, rue Paul Morel - BP 80283 - 70006 Vesoul Cedex - **Tél. 03 84 75 16 44** - Fax 03 84 76 64 48