

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 : GIAGNORIO Prénom : MARIA

Adresse : 10 RUE FREDERIC MISTRAL

CP 69330 Ville : MEYZIEU

Téléphone : 06.30.67.38.09 mail : giagnoriomaria8@gmail.com

Numéro adhérent : N050623

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)

Page 1/12

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

Nom Prénom : **CHIRURGIE - DENTISTE**
 Identifiant du praticien **CHIRURGIE - DENTISTE** ou
 N° de l'établissement (FINES) : **69003 LYON**
 Raison sociale et adresse : **Tél. 04 78 60 08 71 69 4 02368.0**

Identification du patient

Nom et prénom : **Mme GIANDELIO TRAVE** Date de naissance : **20/10/35**
 N° de Sécurité sociale du patient : **2.35.100.10.5.3039 84**

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 : **PRACECONIS**
 N° de contrat ou d'adhésion : **PMCA 338542852 / N° NO50623**
 Références dossier (à remplir par l'organisme complémentaire)

Date du devis : **23/9/2023**
 Valable jusqu'à la sous réserve de modification réglementaire : **23/10/23**

Ce devis contient 2 pages indissociables (voir verso)
 Description du traitement proposé : **Prothèse de deux molaires de transition supérieure et inférieure.**

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 remise 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 Normancature,

*** 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	2	3
4	1 Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	2 Alliage non précieux ISO 22674 2016	3 Céramo-céramique NF EN ISO 6883 2016
5	5 Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2016	6 Polymères de base NF EN ISO 20706:1:2013	6 Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017

Parlons	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
1	1	100% Santé	soins à honoraires limités de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat de responsabilité
2	2	Modéré	soins à honoraires limités de facturation	selon le contrat du patient
3	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
4	4	Complémentaire santé solidaire	soins à honoraires limités de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire

69 4 02368 0

69003 LYON

Identification du chirurgien-dentiste traitant

N° identifiant du praticien RPPS

N° de l'établissement (FINES) : L L L L L L

Identification du patient

Nom et prénom : Mme GILLES Marie Date de naissance : 29/10/35
N° de Sécurité sociale du patient : 2.35.100.10.5.30 39 84

Page 21x2

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes	Date	Signature	Fonction
<p>1. Accueil et orientation des participants.</p> <p>2. Présentation des objectifs de la formation.</p> <p>3. Distribution des supports de cours.</p> <p>4. Mise en route des ateliers.</p> <p>5. Animation des ateliers.</p> <p>6. Synthèse des travaux.</p> <p>7. Évaluation de la formation.</p> <p>8. Remise des attestations.</p>			

[illegible]

Information alternative thérapeutique - en cas de reste à charge éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques 100% Santé ou à défaut, à expertise directe modifiée et si donnée par la praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un devis distinct.

Acte sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte FN	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(100%)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien
67/66	65/64	H8LD 476	prothèse de transition inférieure	2/5/6		310 €	75,25	52,67		
23/24	65/26, 27	H16LD 270	"	2/5/6		460 €	148,25	82,77		

Acte en resto à charge modéré

[illegible]

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 (s)(aux)

Signature du Chirurgien-dentiste

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

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223007323

Valable du 11/10/2023 au 10/01/2024

MME GIAGNORIO MARIA
10 RUE FREDERIC MISTRAL
69330 MEYZIEU
CONTACT
Ligne Directe : 03.84.75.22.52
Fax : 03.84.75.20.21
E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 11 octobre 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 : **GIAGNORIO MARIA** Né(e) le : **20/10/1935**
N° Dossier : **N050623** N° S.S. : **2351001053039 84**
Date du devis : **06/10/2023**
Code Tiers National : **694023680**
DR BEHLERT Véronique
69003 LYON

 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	310.00	47		75.25	52.68	257.32	0.00
Proth. amo tran RACO 1	460.00	21		118.25	82.78	377.22	0.00
TOTAUX	770.00				135.46	634.54	

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° 1223007323

Valable du 11/10/2023 au 10/01/2024

DR BEHLERT Véronique
97 AV MARECHAL DE SAXE
69003 LYON
CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 11 octobre 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 : **GIAGNORIO MARIA** Né(e) le : **20/10/1935**

 N° Dossier : **N050623** N° S.S. : **2351001053039 84**

 Date du devis : **06/10/2023**

 Code Tiers National : **694023680**

 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	310.00	47		75.25	52.68	257.32	0.00
Proth. amo tran RACO 1	460.00	21		118.25	82.78	377.22	0.00
TOTAUX	770.00				135.46	634.54	

 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

Docteur Véronique BEHLERT

CHIRURGIEN-DENTISTE

97, avenue Maréchal de Saxe

69003 LYON

Tél. : 04 78 60 08 71

N° RPPS



10001192961

19/10/2023.

Monsieur Marie

GIANNORIO

Facture de prothèse
(acquittée).

Réalisation de deux prothèses adhésives
de transition :

- prothèse supérieure (12, M, 21, 22, 24, 25, 26, 27)
honoraires forfaitaires : --- 460 €
prise en charge CPAD : HBLD 270.

- prothèse inférieure (44, 45, 46, 47)
honoraires forfaitaires : --- 310 €
prise en charge CPAD : HBLD 476.

Behlert

023566800100

N° AM



694023680

Adhèrent n° N050623

Mme MARIA GIAGNORIO

Email : giagnoriomaria8@gmail.com

Tel : 06 30 67 38 09

Mutuelle : PRAECONIS

Bénéficiaires

Mme MARIA GIAGNORIO (CF)

Né(e) le 20/10/1935

Cet échange a été résolu par :

Angélique CASTELLETTI le 25/10/2023 à 09:55

Ce message s'adresse au service dentaire
demande du 25/10/2023

C Bonjour Madame GIAGNORIO

C Nous venons de recevoir de la part de la sécurité sociale, le décompte de remboursement pour des soins dentaire du 19/10/2023
D



Nous vous informons que notre remboursement interviendra sous réserve de la réception d'une déclaration de conformité (à demander à votre
B Praticien, à l'issue du plan de traitement) ainsi que la facture.

S 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.

25/10/2023
écrit par Angélique CASTELLETTI

Adhérent n° N050623

Mme MARIA GIAGNORIO

Email : giagnorioromaria8@gmail.com

Tel : 06 30 67 38 09

Mutuelle : PRAECONIS

Bénéficiaires

Mme MARIA GIAGNORIO (CF)

Né(e) le 20/10/1935

Contrat(s)


[CIRCE 2 Performance H4](#)

N° S2021936006333

Date d'effet : 01/08/2021

[BOOM 4 RENFORT](#)

N° S2013918001760

 résilié le : 31/07/2021

Cet échange a été résolu par :

Angélique CASTELLETTI le 07/11/2023 à 15:06

Ce message s'adresse au service dentaire

demande du 03/11/2023

Bonjour Madame GIAGNORIO



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

Cordialement,
Angélique.

07/11/2023

écrit par Angélique CASTELLETTI

Bonjour,



Comme vous me le demandez dans votre dernier message, vous trouverez ci-joint, la facture du 19/10/2023 de mon dentiste, le Docteur Véronique BEHLERT, pour mes deux prothèses dentaires, en complément de mon dossier pour le remboursement de mes frais. En vous remerciant d'avance. Mme GIAGNORIO Maria née le 20/10/1935..

[.giagnorio-maria-facture-protheses-dentaires-du-19.pdf](#)

03/11/2023

écrit par MARIA GIAGNORIO