



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 : CHAFFARDON Prénom : FABIENNE

Adresse : 84 AV DU PETIT PORT

CP 73100 Ville : AIX LES BAINS

Téléphone : 06.12.25.38.61 mail : fc.chaffardon@gmail.com

Numéro adhérent : N041960

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 (<i>après la pose des prothèses</i>)	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 (<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 (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 (<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 (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

De: "csd Aix les Bains Accueil" <csdaixlesbains@mfrpds.fr>
Date: mardi 25 juillet 2023 12:18
A: "Service Dentaire MMC" <servicedentaire@mutuelle-mmc.com>
Objet: demande prise en charge

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint la demande de prise en charge de notre patiente.
Nous vous remercions pour votre retour.

Bien cordialement.

Isabelle
Centre Dentaire Mutualité Française Savoie
9 av. du petit port
73100 Aix-les-Bains

csdaixlesbains@mfrpds.fr

Demande de Prise En Charge

Pour traitement prothétique
et autres actes pouvant faire l'objet d'une Entente
Directe (art.6 et 7 de la convention nationale des
chirurgiens dentistes)
(Les soins ne sont pas compris)

CSD AIX LES BAINS
9 Avenue du Petit Port
73100 Aix Les Bains

Tél : 04.79.61.19.69
N° FINESS : 730009131
Dr. PEYRONNET JUDITH

Fax : 04.79.88.44.63

CHAFFARDON Fabienne
84 avenue du Petit Port
73100 Aix Les Bains

Date : mardi 25 juillet 2023

RO : 017310000
CPAM CHAMBERY
0100-Ni exonération, ni modulation

2480349099011-82

Proposition n° 1 du 25/07/2023
Patient : 01248939
CHAFFARDON Fabienne
né(e) le : 03/03/1948

RC : N041960
MMC DEVELOPPEMENT
1 - TM + PEC
FAX : 03.84.75.20.21

Assuré
Le patient

Dent	Désignation des actes	Cotation	Regr.	Base RO	Honoraires	Part RO	Votre Remb
02	Appareil Résine de Transition 14 Dents	HBLD032	PT0	182,75	520,00	127,93	
Total:				182,75	520,00	127,93	

Part remboursement RO :

127,93

Votre Remboursement :

Reste à charge :

392,07

Commentaire:

Adresse Mail - csdaixlesbains@mfrpds.fr



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

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223006016

Valable du 03/08/2023 au 02/11/2023

MME CHAFFARDON FABIENNE

BAT 301
84 AV DU PETIT PORT

73100 AIX LES BAINS

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 3 août 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 : **CHAFFARDON FABIENNE** Né(e) le : **03/03/1948**

N° Dossier : **N041960** N° S.S. : **2480349099011 82**

Date du devis : **03/08/2023**

Code Tiers National : **730009131**

Dr Marie Pierre BAUDOIN
73100 AIX 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
Proth. amo tran RACO 1	520.00	02		182.75	127.93	392.07	0.00
TOTAUX	520.00				127.93	392.07	

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° 1223006016

Valable du 03/08/2023 au 02/11/2023

Dr Marie Pierre BAUDOIN

9 AV DE PETIT PORT

73100 AIX LES BAINS

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 3 août 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 : **CHAFFARDON FABIENNE** Né(e) le : **03/03/1948**

N° Dossier : **N041960** N° S.S. : **2480349099011 82**

Date du devis : **03/08/2023**

Code Tiers National : **730009131**

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	520.00	02		182.75	127.93	392.07	0.00
TOTAUX	520.00				127.93	392.07	

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

MUTUALITE FRANCAISE DES SAVOIE
9 Avenue du Petit Port
Service TP
73100 Aix Les Bains

MMC DEVELOPPEMENT
6 rue Paul Morel
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

OBJET : Relance de niveau 1

SERVICE COURRIER LE

Références bancaires : FR7613825002000801103528926

04 DEC. 2023

Aix Les Bains , le 29/11/2023

Madame, Monsieur,

Nous vous prions de bien vouloir vérifier la liste ci-jointe des dossiers concernant notre centre. En effet, ces derniers restent à ce jour impayés dans notre base de données.

Si votre règlement a été effectué, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous préciser les coordonnées financières et la date de paiement.

S'il s'agit d'un oubli de votre part, nous vous remercions de bien vouloir régulariser votre situation, ou dans le cas contraire, de nous préciser le ou les motif(s) s'opposant au paiement de cette créance.

Dans l'attente de votre réponse, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

Le Service Tiers Payant



DETAIL DES FACTURES MOTIVANT CETTE RELANCE

Tiers-payeur 960 - MMC DEVELOPPEMENT

Site Centre Aix les Bains - 730009131

Factures envoyées avant le 29/08/2023

Facture N° 21296	du 16/06/2022	pour la part RC			4,79 €
CHAFFARDON Fabienne			2 48 03 49 099 011 82		
					Lot N° 651 envoyé le 17/06/2022
1	14/06/2022	1	HBQK191	15,96	
Facture N° 23350	du 07/03/2023	pour la part RC			8,68 €
CHAFFARDON Fabienne			2 48 03 49 099 011 82		
			adhérent n° N041960		Lot N° 333 envoyé le 08/03/2023
1	07/03/2023	1	HBJD001	28,92	
Facture N° 24489	du 25/07/2023	pour la part RC			6,90 €
CHAFFARDON Fabienne			2 48 03 49 099 011 82		
			adhérent n° N041960		Lot N° 699 envoyé le 26/07/2023
1	25/07/2023	1	C1.0	23,00	
Facture N° 24650	du 29/08/2023	pour la part RC			392,07 €
CHAFFARDON Fabienne			2 48 03 49 099 011 82		
			adhérent n° N041960		Lot N° 753 envoyé le 30/08/2023
1	29/08/2023	1	HBLD032	520,00	
				4 factures relancées	Montant attendu 412,44 €

SERVICE COURRIER LE

0 4 DEC. 2023

FACTURE N° 110009079**CSD AIX LES BAINS**

Dr. PEYRONNET JUDITH
 9 Avenue du Petit Port
 73100 Aix Les Bains
 Tél : 04.79.61.19.69 Fax : 04.79.88.44.63
 Mail : csdaixlesbains@mfrpds.fr
 N° FINESS : 730009131

CHAFFARDON Fabienne
84 avenue du Petit Port

73100 Aix Les Bains

R.O : 017310000

CPAM CHAMBERY
 0100-Ni exonération, ni modulation

N° INSEE : 2480349099011 82

Né(e) le : 03/03/1948

R.C : N° Adhérent :

MMC DEVELOPPEMENT
 Garantie : TM + PEC (MUTNUM : 70000854)

Assuré(e)

Lui-même

SERVICE COURRIER LE

04 DEC. 2023

R.C2 : N° Adhérent :

Garantie :

Dent	Date	Désignation des actes	Cotation	Reg.	TRSS	Part R.O	Part R.C	Part R.C2	Honoraires
2	14/06/2022	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire de 02 secteur de 1 à 3 dents contigües App. sur : 13 23	HBQK191	ADI	15,96	11,17	4,79	0,00	15,96
Total :					15,96	11,17	4,79	0,00	15,96

L.C	Remboursé	Non Remboursé	Part R.O :	11,17
HBQK191	1		Part R.C :	4,79
			Part R.C2 :	0,00
			Autres prises en charge :	0,00
			Part à la charge du patient :	0,00

Signature du patient ou de son représentant légal,

FACTURE N° 110011441**CSD AIX LES BAINS**

Dr. PEYRONNET JUDITH
 9 Avenue du Petit Port
 73100 Aix Les Bains
 Tél : 04.79.61.19.69 Fax : 04.79.88.44.63
 Mail : csdaixlesbains@mfrpds.fr
 N° FINESS : 730009131

CHAFFARDON Fabienne
84 avenue du Petit Port

73100 Aix Les Bains

R.O : 017310000

CPAM CHAMBERY
 0100-Ni exonération, ni modulation

N° INSEE : 2480349099011 82

Né(e) le : 03/03/1948

R.C : N° Adhérent : N041960

MMC DEVELOPPEMENT
 Garantie : 1 - TM + PEC (MUTNUM : 70000854)

Assuré(e)

Lui-même

SERVICE COURRIER LE

04 DEC. 2023

R.C2 : N° Adhérent :

Garantie :

Dent	Date	Désignation des actes	Cotation	Reg.	TRSS	Part R.O	Part R.C	Part R.C2	Honoraires
02	07/03/2023	Détartrage et polissage des dents - Bas	HBJD001	AXI	28,92	20,24	8,68	0,00	28,92
Total :					28,92	20,24	8,68	0,00	28,92

L.C	Remboursé	Non Remboursé	Part R.O :	20,24
HBJD001	1		Part R.C :	8,68
			Part R.C2 :	0,00
			Autres prises en charge :	0,00
			Part à la charge du patient :	0,00

Signature du patient ou de son représentant légal,

FACTURE N° 110012719**CSD AIX LES BAINS**

Chiru.PEYRONNET JUDITH
 9 Avenue du Petit Port
 73100 Aix Les Bains
 Tél : 04.79.61.19.69 Fax : 04.79.88.44.63
 Mail : csdaixlesbains@mfrpds.fr
 N° FINESS : 730009131

CHAFFARDON Fabienne
84 avenue du Petit Port

73100 Aix Les Bains

R.O : 017310000

CPAM CHAMBERY
 0100-Ni exonération, ni modulation

N° INSEE : 2480349099011 82

Né(e) le : 03/03/1948

R.C : N° Adhérent : N041960

MMC DEVELOPPEMENT
 Garantie : 1 - TM + PEC (MUTNUM : 70000854)

Assuré(e)

Lui-même

SERVICE COURRIER LE

04 DEC. 2023

R.C2 : N° Adhérent :

Garantie :

Dent	Date	Désignation des actes	Cotation	Reg.	TRSS	Part R.O	Part R.C	Part R.C2	Honoraires
	25/07/2023	Consultation	C1		23,00	16,10	6,90	0,00	23,00
Total :					23,00	16,10	6,90	0,00	23,00

L.C	Remboursé	Non Remboursé	Part R.O :	16,10
C	1		Part R.C :	6,90
			Part R.C2 :	0,00
			Autres prises en charge :	0,00
			Part à la charge du patient :	0,00

Signature du patient ou de son représentant légal,

FACTURE N° 110012905**CSD AIX LES BAINS**

Chiru.PEYRONNET JUDITH
 9 Avenue du Petit Port
 73100 Aix Les Bains
 Tél : 04.79.61.19.69 Fax : 04.79.88.44.63
 Mail : csdaixlesbains@mfrpds.fr
 N° FINESS : 730009131

CHAFFARDON FABIENNE
84 avenue du Petit Port

73100 Aix Les Bains

R.O : 017310000

CPAM CHAMBERY
 0100-Ni exonération, ni modulation

N° INSEE : 2480349099011 82

Né(e) le : 03/03/1948

R.C : N° Adhérent : N041960

MMC DEVELOPPEMENT
 Garantie : 1 - TM + PEC (MUTNUM : 70000854)

Assuré(e)

Lui-même

R.C2 : N° Adhérent :

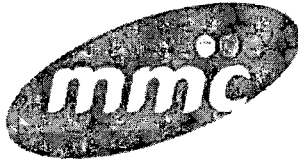
Garantie :

SERVICE COURRIER LE
 04 DEC. 2023

Dent	Date	Désignation des actes	Cotation	Reg.	TRSS	Part R.O	Part R.C	Part R.C2	Honoraires
02	29/08/2023	Appareil Résine de Transition 14 Dents	HBLD032	PT0	182,75	127,93	392,07	0,00	520,00
Total :					182,75	127,93	392,07	0,00	520,00

L.C	Remboursé	Non Remboursé	Part R.O :	127,93
HBLD032	1		Part R.C :	392,07
			Part R.C2 [Hors Tiers Payant]:	0,00
			Autres prises en charge :	0,00
			Part à la charge du patient :	0,00

Signature du patient ou de son représentant légal,



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

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223006016

Valable du 03/08/2023 au 02/11/2023

MME CHAFFARDON FABIENNE

BAT 301
84 AV DU PETIT PORT

73100 AIX LES BAINS

SERVICE COURRIER LE

10 4 DEC. 2023

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 3 août 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 : **CHAFFARDON FABIENNE** Né(e) le : **03/03/1948**

N° Dossier : **N041960** N° S.S. : **2480349099011 82**

Date du devis : **03/08/2023**

Code Tiers National : **730009131**

Dr Marie Pierre BAUDOIN
73100 AIX 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
Proth. amo tran RACO 1	520.00	02		182.75	127.93	392.07	0.00
TOTAUX	520.00				127.93	392.07	

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