



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 : COLLE Prénom : ROBERT

Adresse : 2 AV DE LA GARE

CP 88340 Ville : LE VAL D'AJOL

Téléphone : 06.83.62.72.28 mail :

Numéro adhérent : N036650

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> (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
<b>MALADIE PARODONTALE</b> (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
<b>ORTHODONTIE ADULTE</b> (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
<b>PROTHESES</b> (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
<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

**De:** "julie emerique" <julie.emerique@gmail.com>  
**Date:** samedi 25 novembre 2023 08:43  
**A:** "Service Dentaire MMC" <servicedentaire@mutuelle-mmc.com>  
**Objet:** COLLE Robert

Bonjour,

Veillez trouver ci-joint un devis afin de faire une PEC pour faire bénéficier du tiers payant à mon patient COLLE Robert 143047024502192 num adh N036650

Vous en souhaitant bonne réception.

Cordialement.

Cabinet dentaire Dr EMERIQUE Julie  
33 av de la gare  
88340 LE VAL D'AJOL  
03.29.30.64.96

## 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 Prénom : EMERIQUE Julie  
Identifiant du praticien RPPS : 884006958  
Identifiant du praticien ADEL : 810000759414  
N° de l'établissement (FINESS) : 884006958  
Raison sociale et adresse : EMERIQUE JULIE - 33 avenue de la gare - 88340 le val d'ajol

### Identification du patient

Nom et prénom : COLLE ROBERT Date de naissance : 20/04/1943  
N° de Sécurité sociale du patient : 143047024502192  
Adresse du patient : 2 avenue de la gare -  
88340 LE VAL D AJOL

Numéro du devis : 6532943  
Date du devis : 25/11/2023  
Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 25/05/2024  
Ce devis contient 2 pages indissociables  
Description du traitement proposé :

*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 : MUTUELLE MEDICO CHIRURGICALE  
N° de contrat ou d'adhérent : N036650  
Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

### Lieu de fabrication du dispositif médical :

☒ en France ☐ au sein de l'Union Européenne ☐ hors Union Européenne (Pays) :

☒ sans sous-traitance du fabricant

☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée :  
☐ en France ☐ au sein de l'Union Européenne ☐ hors Union Européenne (Pays) :

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,  
acte non décrit dans la nomenclature en vigueur

\*\*\* 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	Résine Base NF en ISO 1567	2	Résine Dent NF en ISO 22112
**** 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	Moderé	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient	
Panier CSS	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient	
	4	CSS	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)	

**Identification du chirurgien-dentiste traitant**

Identifiant du praticien RPPS : 884006958  
Identifiant du praticien ADEL : 810000759414  
N° de l'établissement (FINESS) : 884006958

**Identification du patient**

Nom et prénom : COLLE ROBERT Date de naissance : 20/04/1943  
N° de Sécurité sociale du patient : 143047024502192

**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 AMO	Montant remboursé AMO(***)	Montant non remboursé AMO
1	15, 16, 17, 24, 25, 26, 27	HBLD123	Prothèse amovible transitoire	1, 1, 2, 2, 2, 2, 2, 2	1		450,00	107,50	0,00	450,00
2	36, 37, 45, 46, 47	HBLD224	Prothèse amovible transitoire	1, 1, 2, 2, 2, 2, 2	1		368,00	86,00	0,00	368,00
TOTAL € (des actes envisagés)							818,00	193,50	0,00	818,00

**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 AMO	Montant remboursé AMO(***)	Montant non remboursé AMO	Réalisé par votre praticien
TOTAL €						0,00	0,00	0,00	0,00	

**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 AMO	Montant remboursé AMO(***)	Montant non remboursé AMO	Réalisé par votre praticien
TOTAL €						0,00	0,00	0,00	0,00	

« Afin de pouvoir commencer la réalisation de vos travaux prothétiques, le versement d'un acompte vous sera demandé lors de la réalisation des empreintes »

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

□

# DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE

## VOLET « RESTE A CHARGE »

Conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au JO du 25 Août 2018)

### Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien RPPS : 884006958  
 Identifiant du praticien ADEL : 810000759414  
 N° de l'établissement (FINESS) : 884006958

### Identification du patient

Nom et prénom : COLLE ROBERT Date de naissance : 20/04/1943  
 N° de Sécurité sociale du patient : 143047024502192

### 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 (***)	Montant des honoraires	Base de remboursement AMO ou NR	Montant du remboursement AMO	Montant du remboursement AMC	Reste à charge
1	15, 16, 17, 24, 25, 26, 27	HBLD123	Prothèse amovible transitoire	1, 1, 2, 2, 2, 2, 2, 2	1	450,00	107,50	0,00	0,00	450,00
2	36, 37, 45, 46, 47	HBLD224	Prothèse amovible transitoire	1, 1, 2, 2, 2, 2, 2	1	368,00	86,00	0,00	0,00	368,00
TOTAL € (des actes envisagés)						818,00	193,50	0,00	0,00	818,00

**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	Montant des honoraires	Base de remboursement AMO ou NR	Montant du remboursement AMO	Montant du remboursement AMC	Reste à charge	Réalisé par votre praticien
TOTAL €						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

### 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	Montant des honoraires	Base de remboursement AMO ou NR	Montant du remboursement AMO	Montant du remboursement AMC	Reste à charge	Réalisé par votre praticien
TOTAL €						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

« Afin de pouvoir commencer la réalisation de vos travaux prothétiques, le versement d'un acompte vous sera demandé lors de la réalisation des empreintes »

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)

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. L. C.', is written over the text area of the patient's signature box.

Signature du Chirurgien-dentiste



## Déclaration de consentement éclairé

Je soussigné(e) COLLE ROBERT

Reconnais avoir été informé(e) par le Docteur EMERIQUE Julie

Sur mon plan de traitement.

J'ai reçu des informations détaillées en des termes que j'ai compris sur la nature de l'intervention proposée ainsi que sur les risques et complications.

J'ai pu poser toutes les questions me préoccupant concernant la nature et l'importance de l'intervention, les risques particuliers et les complications possibles.

Je n'ai plus de question en suspens et estime avoir suffisamment été informé(e).

Après avoir bénéficié d'un délai de réflexion que je juge suffisant, je donne par la présente mon consentement à la réalisation du traitement proposé.

J'accepte également l'extension du programme opératoire non prévisible qui pourrait se révéler nécessaire pendant le traitement.

J'autorise la prise de photos pour le dossier médical et la saisie d'informations pour le dossier informatique.

A le val d'ajol, le 25/11/2023

Signature du patient (ou tuteur légal) « Lu et approuvé »





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

**ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008417**

Valable du 27/11/2023 au 26/02/2024

**M COLLE ROBERT**

**2 AV DE LA GARE**

**88340 LE VAL D'AJOL**

**CONTACT**

**Ligne Directe : 03.84.75.22.52**

**Fax : 03.84.75.20.21**

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

Vesoul, le 27 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 : **COLLE ROBERT** Né(e) le : **20/04/1943**  
N° Dossier : **N036650** N° S.S. : **1430470245021 92**

Date du devis : **27/11/2023**

Code Tiers National : **884006958**

**Dr JULIE EMERIQUE**  
**88340 LE VAL D'AJOL**



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	450.00	15		107.50	64.50	385.50	0.00
Proth. amo tran RACO 1	368.00	36		86.00	51.60	316.40	0.00
<b>TOTAUX</b>	<b>818.00</b>				<b>116.10</b>	<b>701.90</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° 1223008417

Valable du 27/11/2023 au 26/02/2024

Dr JULIE EMERIQUE

33 AV DE LA GARE

88340 LE VAL D'AJOL

## CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 27 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 : COLLE ROBERT Né(e) le : 20/04/1943

N° Dossier : N036650 N° S.S. : 1430470245021 92

Date du devis : 27/11/2023

Code Tiers National : 884006958

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	450.00	15		107.50	64.50	385.50	0.00
Proth. amo tran RACO 1	368.00	36		86.00	51.60	316.40	0.00
<b>TOTAUX</b>	<b>818.00</b>				<b>116.10</b>	<b>701.90</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 27 novembre 2023

Monsieur COLLE ROBERT  
2 AVENUE DE LA GARE  
88340 LE VAL D AJOL

N036650

Bonjour Monsieur COLLE

Nous avons reçu ce jour une demande de prise en charge de la part de votre dentiste.

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

Identifiant SS BB 4006059

FACTURE ACQUITTÉE  
Edité le vendredi 8 décembre 2023 09:41

<b>EMERIQUE JULIE</b> 33 avenue de la gare 88340 le val d'ajol France  Numéro de FINESS: 884006958 Téléphone: 0329306496 / Fax:  <b>Praticien: Dr EMERIQUE Julie - Chirurgien dentiste</b> N° RPPS: 884006958 N° Adeli: 810000759414  Téléphone: 03 29 30 64 96 Email:	<b>COLLE ROBERT</b> 2 avenue de la gare  88340 LE VAL D AJOL  <b>Patient: COLLE ROBERT</b> Numéro de dossier: 9077422 Né(e) le: 20/04/1943 Numéro Sécurité Sociale: 143047024502192  <b>Assuré:</b> Né(e) le: Numéro Sécurité Sociale: R.O: 018816760 - EPINAL R.C: 778542852 - MUTUELLE MEDICO CHIRURGICALE Numéro de contrat ou d'adhérent: N036650 Numéro PEC: N036650
--	---

Description détaillée des actes effectués:

Date	Dent	Désignation des actes	Matériaux	Cotation	Regr.	BRSS	TP RO	TP RC	AES	Honoraires
08/12/23	15 16 17 24 25 26 27	Prothèse amovible transitoire	Résine Dent NF en ISO 22112	HBLD123	PT0	107,50 €	64,50 €	385,50 €		450,00 €
08/12/23	36 37 45 46 47	Prothèse amovible transitoire	Résine Dent NF en ISO 22112	HBLD224	PT0	86,00 €	51,60 €	316,40 €		368,00 €
TOTAL						193,50 €	116,10 €	701,90 €	0 €	818,00 €

Part R.O:	116,10 €
Part R.C:	701,90 €
Part AES:	0 €
Part à charge du patient:	0 €
Montant payé:	0,00€
Mode de paiement:	
Reste à payer:	0,00€

Signature du patient ou de son représentant légal

Signature du praticien

Docteur Julie EMERIQUE

Chirurgien - Dentiste

33 Avenue de la Gare

88340 LE VAL D'AJOL

Tel. 03 29 30 64 96

Chirurgien - Dentiste

# Oral Beauty

## - DB Laboratoire

Laboratoire de prothèses dentaires  
7, av Julien Méline  
88200 REMIREMONT

Tél : 03 29 50 50 30  
Tél : 03 29 61 77 46

Date : 07/12/2023

### DÉCLARATION DE DISPOSITIF MÉDICAL SUR MESURE n° 312658801

Nous déclarons que la prothèse dentaire destinée à l'usage exclusif du patient:

**COLLE Robert**

fabriquée conformément à la prescription médicale de : Docteur EMERIQUE Julie

est conforme aux exigences essentielles des articles R.5211-21 à R.5211-24 et de l'arrêté du 20 avril 2006 fixant les conditions de mise en oeuvre des exigences essentielles applicables aux dispositifs médicaux, pris en application de l'article R. 5211-24 du code de la santé publique.

Signature : Franck BOUDAZIN

### FICHE DE TRAÇABILITÉ DE PROTHÈSE DENTAIRE

Type de prothèse : Partiel résine Standard 07 dents + Partiel résine Standard 05      Teinte : 1D

Produits	Type	Libellé	Norme	CE	Lot
Polymères		Résine thermopolymérisable Standard	ISO 20795-1	1639	WY232P03

**Dents concernées :**

AR : 15-17,24-27,45-47,36-37

( Le signe 'virgule' indique des dents disjointes.

Le signe 'tiret' indique des dents contigues: exemple: 33-36 = 33,34,35,36 ).

**Mise en garde et risques résiduels :**

Aucun