

**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 : SART Prénom : MARTINE

Adresse : 49 A AV DU MONT BLANC

CP 74950 Ville : SCIONZIER

Téléphone : 06.36.55.90.18 mail : martine7408@hotmail.fr

Numéro adhérent : K263471

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 ( <i>après la pose des prothèses</i> )	Transmettre votre facture nominative, détaillée acquittée
PROTHESES sur IMPLANTS <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
MALADIE PARODONTALE <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
ORTHODONTIE ADULTE <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
PROTHESES <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
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:** "\_CSDCLUSES\_Accueil" <csdcluses@mfrpds.fr>  
**Date:** jeudi 23 novembre 2023 15:12  
**A:** "Service Dentaire MMC" <service.dentaire@mutuelle-mmc.com>  
**Objet:** DPEC 2

Bonjour,

Veuillez trouver la dpec de SART Martine, adhérent K263471.

En vous remerciant,

**Cordialement**



10 rue Charles Poncet  
74300 cluses  
04-50-98-68-86

Mutualité Française Rhône et Pays de Savoie  
Place Antonin Jutard  
69003 Lyon



## 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 CLUSES**

10 Rue Charles Poncet

74300 Cluses

Tél : 04.50.98.68.86

Fax : 04.50.98.30.36

N° FINESS : 740783329

Dr. APOLO Adriana

SART MARTINE

49 A avenue du mont blanc

74950 SCIONZIER

**Date :** jeudi 23 novembre 2023

**RO :** 017410000

2530562758048-81

Proposition n° 1 du 23/11/2023

CPAM ANNECY

**Patient : 01284154**

0100-Ni exonération, ni modulation

SART MARTINE

né(e) le : 12/05/1953

**RC :**

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
7	Appareil Résine de Transition 07 Dents <i>App. sur : 47 46 45 34 35 36 37</i>	HBLD123	PT0	107,50	450,00	64,50	
<b>Total:</b>				107,50	450,00	64,50	

Part remboursement RO : 64,50

**Votre Remboursement :**

Reste à charge : 385,50

Commentaire:

Adresse Mail - csdcluses@mfrpds.fr

Vesoul, le 24 novembre 2023

**Madame SART MARTINE**  
49 AVENUE DU MONT BLANC  
74950 SCIONZER

K263471

Bonjour Madame SART

Nous avons reçu ce jour une demande de prise en charge 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