

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 : Prénom :

Adresse :

CP Ville :

Téléphone : mail :

Numéro adhérent :

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 J.O. 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 Madame HENNEVIN FLORENCE
 Identifiant du praticien RPPS 10101696069 N° ADELI 594008484 ou
 N° de l'établissement (FINESS) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Raison sociale et adresse CABINET DU DR RUCKEBUSCH HENNEVIN
 34, rue Joseph Leroy
 59115 LEERS

Identification du Patient

Nom Prénom : DELANNOY Cathy
 Date de naissance : 22/04/1957
 Numéro de Sécurité sociale du patient : 2 57 04 59 512 197 03

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 : PRACONIS

N° de contrat ou d'adhérent : N 152786

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

Date du devis : 10/11/2023

Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 10/05/2024

Ce devis contient ... pages indissociables

Description du traitement proposé :

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 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.

*** 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	Alliages précieux NF EN ISO 22674 2016	2	Alliage non précieux ISO 22674 2016	3	Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016
	4	Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	5	Polymères de base NF EN ISO 20795:1:2013	6	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017

**** 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	Modéré	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Panier Complémentaire Santé Solidaire	4	Complémentaire Santé Solidaire	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire

Notice explicative

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

Votre chirurgien-dentiste vous informe des différentes possibilités de traitement qui vous sont offertes et peut vous proposer plusieurs devis le cas échéant.

Si vous désirez transmettre ce devis à votre organisme complémentaire pour connaître votre reste à charge, 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. Il vous précise la nature de l'acte conformément à la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM) ou pour les actes d'orthodontie, à la Nomenclature Générale des Actes et Prestations (NGAP). Lorsqu'un acte est non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire, le chirurgien-dentiste indique dans la colonne Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire la mention « NR » (Non remboursable). Par ailleurs, quand l'acte n'est pas décrit à la CCAM ou à la NGAP, le chirurgien-dentiste indique la mention « HN » (Hors nomenclature).

Lorsque le chirurgien-dentiste vous propose un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention de la complémentaire), il doit mentionner dans la partie « information alternative thérapeutique » du devis les actes sans reste à charge (panier 100% santé) ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé constituant une alternative thérapeutique chaque fois qu'elle existe et si elle est ou non réalisée par le praticien

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

- au sein de l'Union européenne (UE),
- hors de l'Union européenne.

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

Une déclaration de conformité du dispositif médical, garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, vous sera remise par votre chirurgien-dentiste en fin de traitement.

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

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008089

Valable du 13/11/2023 au 12/02/2024

MME DELANNOY CATHY
129 RUE DE LYS
59390 TOUFFLERS
CONTACT
Ligne Directe : 03.84.75.22.52
Fax : 03.84.75.20.21
E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 13 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 : **DELANNOY CATHY** Né(e) le : **22/04/1957**
N° Dossier : **N152786** N° S.S. : **2570459512197 03**
Date du devis : **13/11/2023**
Code Tiers National : **594008484**

DR HENNEVIN FLORENCE
59115 LEERS


 Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Cour. zircone RAC modéré 1	440.00	36		120.00	72.00	240.00	128.00
Cour. transit. RAC modéré 1	60.00	36		10.00	6.00	20.00	34.00
TOTAUX	500.00				78.00	260.00	162.00

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° 1223008089

Valable du 13/11/2023 au 12/02/2024

DR HENNEVIN FLORENCE
34 RUE JOSEPH LEROY
59115 LEERS
CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 13 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 : **DELANNOY CATHY** Né(e) le : **22/04/1957**

 N° Dossier : **N152786** N° S.S. : **2570459512197 03**

 Date du devis : **13/11/2023**

 Code Tiers National : **594008484**

 Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Cour. zircone RAC modéré 1	440.00	36		120.00	72.00	240.00	128.00
Cour. transit. RAC modéré 1	60.00	36		10.00	6.00	20.00	34.00
TOTAUX	500.00				78.00	260.00	162.00

 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

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

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008090

Valable du 13/11/2023 au 12/02/2024

MME DELANNOY CATHY
129 RUE DE LYS
59390 TOUFFLERS
CONTACT
Ligne Directe : 03.84.75.22.52
Fax : 03.84.75.20.21
E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 13 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 : **DELANNOY CATHY** Né(e) le : **22/04/1957**
N° Dossier : **N152786** N° S.S. : **2570459512197 03**
Date du devis : **13/11/2023**
Code Tiers National : **594008484**

DR HENNEVIN FLORENCE
59115 LEERS


 Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Prot fixe métal RAC0 1	290.00	36		120.00	72.00	218.00	0.00
Cour. transit. RAC 0 1	60.00	36		10.00	6.00	54.00	0.00
TOTAUX	350.00				78.00	272.00	

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° 1223008090

Valable du 13/11/2023 au 12/02/2024

DR HENNEVIN FLORENCE
34 RUE JOSEPH LEROY
59115 LEERS
CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 13 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 : **DELANNOY CATHY** Né(e) le : **22/04/1957**

 N° Dossier : **N152786** N° S.S. : **2570459512197 03**

 Date du devis : **13/11/2023**

 Code Tiers National : **594008484**

 Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Prot fixe métal RAC0 1	290.00	36		120.00	72.00	218.00	0.00
Cour. transit. RAC 0 1	60.00	36		10.00	6.00	54.00	0.00
TOTAUX	350.00				78.00	272.00	

 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

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

Date du devis : 10/11/2023

Durée de validité :

Identification du chirurgien dentiste traitant

Identification du praticien :

Dr. Florence HENNEVIN
Chirurgien dentiste
34, rue Joseph Leroy
59115 LEERS

ID : 59400848 4

Identification du patient

Nom : DELANNOY
Prénom: Cathy
Date de naissance : 22/04/1957
N° de sécurité sociale : 257045951219703

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

Adresse de l'assuré : 129 Rue de Lys 59390 TOUFFLERS

Tél : 06.88.59.59.11 PRAECONIS

Nom de l'organisme complémentaire :

N° de contrat ou d'adhérent :

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

N 152786

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

Dispositions particulières : Oui Non Si oui, lesquelles ?

A l'issue du traitement et sur votre demande, il vous sera remis une déclaration de conformité du dispositif médical (document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité).

Proposition n° 1

Lieu de fabrication du dispositif médical : -O- en France -O- au sein de l'UE, EEE, Suisse -O- Hors UE(Pays) :										
-X- sans sous-traitance du fabricant -O- avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée : -O- en France -O- au sein de l'UE, EEE, Suisse -O- Hors UE(Pays) :										
Description précise et détaillée des actes										
N° dent ou Localisation	Libellé de l'acte ou libellé Orthodontique	Matériaux utilisés	Code CCAM ou pour l'orthodontie cotation NGAP	(A) Prix de vente du DMSM	(B1) Montant des prestations de soins	(B2) Charges de structure	C=A+B1+B2 Montant des honoraires du devis	(D) Base de remboursement AMO ou NR	(E=C-D) Montant non remboursable par l'AMO	Réservé à l'organisme complémentaire
36	Inl/Onlay Compo	2	HBMD351		350,00		350,00	100,00	250,00	
Matériaux: (2) Alliage non précieux ISO 22674 2016										
Total des honoraires (en euros) :							350,00	100,00	250,00	

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) (légaux)

Signature du Chirurgien-dentiste

10/11/2023

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

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008091

Valable du 13/11/2023 au 12/02/2024

MME DELANNOY CATHY
129 RUE DE LYS
59390 TOUFFLERS
CONTACT
Ligne Directe : 03.84.75.22.52
Fax : 03.84.75.20.21
E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 13 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 : **DELANNOY CATHY** Né(e) le : **22/04/1957**
N° Dossier : **N152786** N° S.S. : **2570459512197 03**
Date du devis : **13/11/2023**
Code Tiers National : **594008484**

DR HENNEVIN FLORENCE
59115 LEERS


 Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Inlay onlay RAC M 2020 1	350.00	36		100.00	60.00	105.00	185.00
TOTAUX	350.00				60.00	105.00	185.00

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° 1223008091**

Valable du 13/11/2023 au 12/02/2024

DR HENNEVIN FLORENCE**34 RUE JOSEPH LEROY****59115 LEERS****CONTACT**

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 13 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 : **DELANNOY CATHY** Né(e) le : **22/04/1957**N° Dossier : **N152786** N° S.S. : **2570459512197 03**Date du devis : **13/11/2023**Code Tiers National : **594008484**Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Inlay onlay RAC M 2020 1	350.00	36		100.00	60.00	105.00	185.00
TOTAUX	350.00				60.00	105.00	185.00

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

Adhérent n° N152786

Mme CATHY DELANNOY

Email : ktyameye@hotmail.fr

Tel : 06 88 59 59 11

Mutuelle : PRAECONIS

Bénéficiaires

Mme CATHY DELANNOY (CF)

Né(e) le 22/04/1957

Contrat(s)

[CIRCE 2 Performance H4](#)

N° S2022936003264

Date d'effet : 01/03/2022

Cet échange a été résolu par :
Angélique CASTELLETTI le 13/11/2023 à 15:54

Ce message s'adresse au service dentaire demande du 13/11/2023

Bonjour Madame DELANNOY



Veuillez trouver ci-jointe, notre réponse à votre demande de 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

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

Cordialement,
Angélique.

[.panier-moderne.pdf](#)
[rac0.pdf](#)
[in1.pdf](#)
[mandat_parcours-dentaire_praecons_030423_1680695494.pdf](#)
[notice_parcours_dentaire_praecons.pdf](#)

13/11/2023

écrit par Angélique CASTELLETTI

Rebonjour
je vous envoie le deuxième devis
bonne réception
cordialement
delannoy cathy.



[devis-2-page-1-a-3-dentiste-2023.pdf](#)

13/11/2023

écrit par CATHY DELANNOY

Bonjour
je vous envoie un premier devis dentiste
puis un deuxième devis
selon le travail qui sera choisi de faire le jour du rendez-vous
merci pour votre réponse
cordialement
delannoy cathy.



[devis-1-dentiste-2023.pdf](#)

13/11/2023

écrit par CATHY DELANNOY