



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 : CERSOY Prénom : SIMONE

Adresse : 15 GRAND RUE

CP 70120 Ville : CHARMES ST VALBERT

Téléphone : 03.84.91.02.62 mail :

Numéro adhérent : P001552

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

P001552

## 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)

Devis 7410-2

Page 1/2

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.

<b>Identification du chirurgien-dentiste traitant</b> Docteur Manon BLOND Identifiant du praticien : N°RPPS : 10101800547 - N° de l'établissement (FINESS) : 704000694 Raison sociale et adresse : Dr Manon BLOND El Pôle de Santé 70180 Dampierre sur Salon	<b>Identification du patient</b> Nom et prénom : CERSOY Simone Date de naissance : 28/03/1934 N° de sécurité sociale du patient : 2 34 03 52 077 002 95
Date du devis : 07/08/2023 Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 06/02/2024 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 : N° de contrat ou d'adhérent : Référence dossier (à renseigner par l'organisme complémentaire) :

**Lieu de fabrication du dispositif médical :** au sein de l'Union Européenne (France), sans sous-traitance du fabricant

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 des actes

** Matériaux et normes	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	2	Alliage non précieux ISO 22674 2016	3	Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016
	4	Céramique céramo-métallique NF EN ISO 6872 2015	5	Polymères de base NF EN ISO 20795:1:2013	6	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017
Panier ****	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 CSS	4	CSS	soumis à honoraires limites de facturation		pour les assurés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS)	



P001552

**Identification du chirurgien-dentiste traitant**

Docteur Manon BLOIND

Identifiant du praticien : N°RPPS : 10101800547 - N° de l'établissement (FINESS) : 704000694

**Identification du patient**

Nom et prénom : CERSOY Simone

Date de naissance : 28/03/1934

N° de sécurité sociale du patient : 2 34 03 52 077 002 95

Devis 7410-2

Page 2/2

**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 (**)	Parier (***)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dt prix de vente du dispositif médical sur mesure	Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie Obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie Obligatoire
1	11 17 21 22 23 24 25 26 27	HBLD148	Prothèse amovible transitoire 9 dents	5 6	1	450,00	450,00	129,00	90,30	359,70
TOTAL € (des actes envisagés)							450,00	129,00	90,30	359,70

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)

8/8/2023



Signature du chirurgien-dentiste






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

**ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223006103**

Valable du 09/08/2023 au 08/11/2023

**MME CERSOY SIMONE**

**15 GRAND RUE**  
**70120 CHARMES ST VALBERT**

**CONTACT**

**Ligne Directe : 03.84.75.22.52**

**Fax : 03.84.75.20.21**

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

Vesoul, le 9 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 : **CERSOY SIMONE** Né(e) le : **28/03/1934**

N° Dossier : **P001552** N° S.S. : **2340352077002 95**

Date du devis : **09/08/2023**

Code Tiers National : **704000694**

**DR BLOND MANON**  
**70180 DAMPIERRE SUR SALON**



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	11		129.00	90.30	359.70	0.00
<b>TOTAUX</b>	<b>450.00</b>				<b>90.30</b>	<b>359.70</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° 1223006103**

Valable du 09/08/2023 au 08/11/2023

**DR BLOND MANON**

**POLE DE SANTE**

**70180 DAMPIERRE SUR SALON**

**CONTACT**

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 9 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 : **CERSON SIMONE** Né(e) le : **28/03/1934**

N° Dossier : **P001552** N° S.S. : **2340352077002 95**

Date du devis : **09/08/2023**

Code Tiers National : **704000694**

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	11		129.00	90.30	359.70	0.00
<b>TOTAUX</b>	<b>450.00</b>				<b>90.30</b>	<b>359.70</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**

## NOTE D'HONORAIRES

(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris)  
TVA NON APPLICABLE - Article 261 du CGI

À remplir par le chirurgien-dentiste  
Identification du chirurgien-dentiste traitant  
Identifiant RPPS : 10101800547 7  
Dr Manon BLOND EI

Identification de la structure  
(Raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)  
Pôle de Santé  
70180 Dampierre sur Salon  
0384670243

N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : 704000694

À remplir par le chirurgien-dentiste  
Identification du patient

Nom et prénom : CERSOY Simone

Date de naissance : 28/03/1934

N° de Sécurité sociale de l'assuré : 2 34 03 52 077 002 95

À remplir par l'assuré

Identification de l'assurance complémentaire :

Nom de la complémentaire :

N° de contrat ou d'adhérent :

Adresse électronique de l'assuré :

### Description détaillée des actes effectués

Date de réalisation des actes	N° dent ou Localisation	Libellé de l'acte ou libellé Orthodontique	Matériaux Utilisés	Code CCAM, regroupement ou pour l'orthodontie cotation NGAP	Montant des Honoraires	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire ou NR
30/11/2023	31	Exérèse de la pulpe nécrosée		HBFD001 END	47.00 €	47.00
30/11/2023	31	Obturation mésio-occluso-distale	9	HBMD047 SDE	94.60 €	94.60
30/11/2023	11 21 22 23 24 25 26 27	Prothèse amovible transitoire 8 dents		HBLD270 PT0	450.00 €	118.25
TOTAL					591.60 €	259.85

Matériaux et normes	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 3/2007	2	Alliage semi précieux NF EN ISO 22674 3/2007	3	Alliage non précieux CoCr - NF EN ISO 22674 3/2007	4	Alliage non précieux NiCr - NF EN ISO 22674 3/2007
	5	Résine Base NF EN ISO 1567 2000	6	Résine Dent NF EN ISO 22112 2005	7	Céramo-métallique NF EN ISO 9693 2000	8	Céramo dentaire NF EN ISO 6872 1999
	9	Autres						

Règlement : Facture acquittée

Montant réglé par le patient : 435.69 €

Mode de paiement : ☐ Espèces ☒ Chèque ☐ Carte bancaire  
☐ Autres :

Date : 30/11/2023 Note N° : 1104

Signature et cachet du chirurgien-dentiste

**Docteur Manon BLOND**  
**19 Chirurgien-Dentiste C**  
Pôle de Santé Avenue Bernard Louvet  
70180 DAMPIERRE-SUR-SALON  
Tél. 03 84 67 02 43

RPPS : 10101800547 • AM : 704000694

Membre d'une association agréée par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements des honoraires par chèque

1 NOV. 2023

2 DEC. 2023

Laboratoire Dentaire Robert  
5 allée Gutenberg  
21800 QUETIGNY  
apexat 32 50A

# CARTE D'IDENTIFICATION DE LA PROTHESE DENTAIRE

Dispositif Médical Sur Mesure Invasif (suivant les annexes VIII)

Prescription :103312 du 08/11/2023

Livrée le 28/11/2023



084104

Docteur Blond Manon  
Patient Cersoy.S

Age

Sexe

Visage

Nuances

Libellé	Type	Teinte	Dents	Or.
1 3 adj. B7	Aucune			F
1 Cire d'occlusion	Aucune			F
4 Dent antérieur vivodent spe ivoclar	Aucune	A4/4C		F
<b>Matière</b>	<b>Catégorie</b>	<b>Classification</b>	<b>Fabricant</b>	<b>CE Norme (EN/ISO, NF/ISO)</b>
Vivodent spe	Dents		IVOCLAR	N° du lot
<b>Libellé</b>	<b>Type</b>	<b>Teinte</b>	<b>Dents</b>	<b>Or.</b>
4 Dent postérieur orthotop spe ivoclar	Aucune	A4/4C		F
<b>Matière</b>	<b>Catégorie</b>	<b>Classification</b>	<b>Fabricant</b>	<b>CE Norme (EN/ISO, NF/ISO)</b>
Orthotop spe	Dents	H n4	IVOCLAR	N° du lot yb6w49
<b>Libellé</b>	<b>Type</b>	<b>Teinte</b>	<b>Dents</b>	<b>Or.</b>
1 Appareil provisoire 8 dents	Aucune	11:21 à 27		F
<b>Matière</b>	<b>Catégorie</b>	<b>Classification</b>	<b>Fabricant</b>	<b>CE Norme (EN/ISO, NF/ISO)</b>
Methax auto liquide generique interna	Resines	Mono/Polymères	HENRY SHEIN	0120
Methax auto poudre generique intern	Resines	Mono/Polymères	HENRY SHEIN	0120
<b>Libellé</b>	<b>Type</b>	<b>Teinte</b>	<b>Dents</b>	<b>Or.</b>
2 Crochet jonc	Aucune			F

Prothèse fabriquée en France



**Déclaration de conformité CE de Dispositif Médical Sur Mesure (Livre II - 5ème partie du CSP)**

Le laboratoire :

Laboratoire Dentaire Robert  
5 allée Gutenberg  
21800 QUETIGNY  
ape/naf 32 50A  
Siret 38206800500018

Assure et déclare sous sa seule responsabilité, que  
le dispositif médical sur mesure destiné à l'usage exclusif du patient: **Cersoy.S**

Bon n° 138791

fabriqué conformément à la prescription médicale numéro : **103312**

établie par

Docteur **Blond Manon**

(indications reprises dans la carte d'identification de la prothèse dentaire)

est conforme aux exigences essentielles énoncées à l'annexe I et VIII du décret n°95-292 du 16 mars 1995 inséré au Journal Officiel, exigences relatives à la Directive Européenne n° 93/42 CEE du conseil du 14 juin 1993, modifiée par la Directive 2007/47/CE du 5 septembre 2007, concernant les dispositifs Médicaux sur mesure et applicables à la fabrication des prothèses dentaires. Les produits utilisés répondent aux obligations du livre V bis ancien du Code de la Santé Publique et aux normes indiquées (article 4 du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, articles R 5211-21 à R 5211-24 et arrêté du 15 mars 2010)

Incompatibilité possible avec des métaux ou alliages déjà présents en bouche.

Risque d'allergies éventuelles et non déclarées à un des produits utilisés pour la fabrication du DMSM.



Fabriqué à QUETIGNY Contrôlé à QUETIGNY

Le 17/11/2023

Par Robert christophe

**Prothèse fabriquée en France**



Vesoul, le 4 décembre 2023

2033381428W00001 00619

MADAME CERSOY SIMONE  
15 GRANDE RUE  
70120 CHARMES ST VALBERT

P001552

Bonjour Madame CERSOY

Nous accusons reception de votre facture dentaire

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

12 DEC. 2023