

K457893

PR CONIS
DEVELOPPEMENT MUTUALISE

PRAECONIS
6 rue Paul MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

FEUILLET PRATICIEN (*)

ACCORD D'ENTENTE PREALABLE DENTAIRE N° 1222000698

Valable du 17/01/2022 au 16/04/2022

DR SAULIER LAURINE

23 RUE DU PRIEURE

71140 BOURBON LANCY

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 17 janvier 2022

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 : **VAN EXTER JACQUELINE** Né(e) le : **05/08/1944**N° Dossier : **K457893** N° S.S. : **2440875047002 61**Date du devis : **17/01/2022**Code Tiers National : **714001393**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. amovible RAC0 2021 1	1100.00	94		182.75	127.93	972.07	0.00
TOTAUX	1100.00				127.93	972.07	

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

PRAECONIS, SAS au Capital de 305 400 euros immatriculée à LORIAS sous le numéro 10 058 426 - RCS Vesoul 527 879 415
Société de courtage d'assurances soumise au contrôle de l'ACPR - Garantie Financière et R.C. conformes au Code des assurances
Siège social : 6 rue Paul Morel - BP 80283 - 70006 Vesoul Cedex

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

Le laboratoire :

SAS ARCADES DENTAL
3 rue du Colombier

71500 LOUHANS

751.642.208.00019

Assure et déclare sous sa seule responsabilité, que

le dispositif médical sur mesure destiné à l'usage exclusif du patient: **VAN.E**

Bon n° 39874

fabriqué conformément à la prescription médicale numéro

: **20220011**

établie par

Docteur

SAULIER LAURINE

(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 LOUHANS. Contrôlé à LOUHANS

Le 04/04/22

Par GUILLOT FLORENT



Prothèse fabriquée en France

de messieurs a
été fait du côté
de la Seconde Grande
pour l'ancienne
mutuelle et cela
vous faire la 2^e une
fois.

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

Le laboratoire :

SAS ARCADES DENTAL
3 rue du Colombier

71500 LOUHANS

751.642.208.00019

SERVICE COURRIER LE
22 SEP. 2023

Assure et déclare sous sa seule responsabilité, que

le dispositif médical sur mesure destiné à l'usage exclusif du patient: **VAN.E**

Bon n° 39874

fabriqué conformément à la prescription médicale numéro

: **20220011**

établie par

Docteur

SAULIER LAURINE

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

est conforme aux exigences essentielles énoncées à l'annexe I et VII du décret n° 95-282 du 15 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 dentales. 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 LOUHANS. Contrôlé à LOUHANS

Le 04/04/22

Par GUILLOT FLORENT



Prothèse fabriquée en France

n° = 83 244 0845 047 002

n° = Adhérent R 457893

Je vous envoie votre courrier sans recommandé
cette fois car cela commence à faire
beaucoup.

J'espère que cette fois-ci tout est en ordre.

salutation

Mme Van Hout

Numero	Matricule	Identifiant du bénéficiaire	Numéro	Matricule	Identifiant du bénéficiaire	Nom et prénom	Régime	Date des soins	Quantité d'acte	Acte	Mala	Coef	Base de remb	Taux	Montant remboursé	Dépassement	Dépense	Destinataire de règlement	Reference archive	Numero de facture	Motif exo
71400139	2440875047002	4408051	VAN-EXTER JACQUELI NE	110	23/03/2022	2	ADC					1	66,88 €	70	46,82 €	0,00 €	66,88 E	0	2208370604000428200	000000870	LIS
71400139	2440875047002	4408051	VAN-EXTER JACQUELI NE	110	05/04/2022	2	ADC					1	66,88 €	70	46,82 €	0,00 €	66,88 E	0	2209670604000534500	000000955	LIS
71400139	2440875047002	4408051	VAN-EXTER JACQUELI NE	110	12/04/2022	1	ADC					1	50,16 €	70	35,11 €	0,00 €	50,16 E	0	2210370604000557100	000000999	LIS
71400139	2440875047002	4408051	VAN-EXTER JACQUELI NE	110	12/04/2022	1	PTO					1	182,75 €	70	127,83 €	337,25 €	520,00 E	0	2210370604000557100	000000999	LIS
71400139	2440875047002	4408051	VAN-EXTER JACQUELI NE	110	05/10/2022	1	PA1					1	311,75 €	70	218,23 €	1 288,25 €	1 600,00 E	0	2227970601000289200	000002020	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN-EXTER JACQUELI NE	110	04/02/2022	1	AMI					2	4,73 €	100	4,73 €	0,00 €	4,73 E	716285697	2205271105001759700	000002884	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN-EXTER JACQUELI NE	110	04/02/2022	1	FRT					1	-0,50 €	100	-0,50 €	0,00 €	0,00 E	0	2205371106637338500	000002884	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN-EXTER JACQUELI NE	110	04/02/2022	1	IFA					1	2,50 €	100	2,50 €	0,00 €	2,50 E	716285697	2205271105001759700	000002884	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN-EXTER JACQUELI NE	110	04/02/2022	1	MAU					1	1,35 €	100	1,35 €	0,00 €	1,35 E	716285697	2205271105001759700	000002884	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN-EXTER JACQUELI NE	110	15/02/2022	1	AMI					2	4,73 €	60	2,84 €	0,00 €	4,73 E	716285697	2205271105001755100	000002990	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN-EXTER JACQUELI NE	110	15/02/2022	1	FRT					1	-0,50 €	100	-0,50 €	0,00 €	0,00 E	0	2205371106637336800	000002990	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN-EXTER JACQUELI NE	110	15/02/2022	1	IFA					1	2,50 €	60	1,50 €	0,00 €	2,50 E	716285697	2205271105001755100	000002990	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN-EXTER JACQUELI NE	110	15/02/2022	1	MAU					1	1,35 €	60	0,81 €	0,00 €	1,35 E	716285697	2205271105001755100	000002990	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN-EXTER JACQUELI NE	110	15/02/2022	1	AMI					2	4,73 €	100	4,73 €	0,00 €	4,73 E	716285697	2209771101002002300	000003062	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN-EXTER JACQUELI NE	110	15/02/2022	1	IFA					1	2,50 €	100	2,50 €	0,00 €	2,50 E	716285697	2209771101002002300	000003062	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN-EXTER JACQUELI NE	110	15/02/2022	1	MAU					1	1,35 €	100	1,35 €	0,00 €	1,35 E	716285697	2209771101002002300	000003062	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN-EXTER JACQUELI NE	110	14/03/2022	1	AMI					4	13,23 €	100	13,23 €	0,00 €	13,23 E	716285697	2209771101001998500	000003140	DIV
71628569	2440875047002	4408051	VAN-EXTER JACQUELI NE	110	14/03/2022	1	IFA						2,50 €	100	2,50 €	0,00 €	2,50 E	716285697	2209771101001998500	000003140	DIV

SERVICE COMPTABLE
22 SEP. 2023

Angélique CASTELLETTI

De: Service Dentaire PRAECONIS
Envoyé: lundi 25 septembre 2023 10:51
À: 'h2w2j7@gmail.com'
Objet: K457893-VAN EXTER JACQUELINE-DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Bonjour Madame VAN EXTER

Nous accusons réception de votre demande auprès de notre accueil.

Pour obtenir un remboursement, nous avons besoin de la facture acquittée, du décompte de remboursement de la sécurité sociale, du décompte de remboursement de votre 1ere mutuelle et de la déclaration de conformité complète

Merci par avance

Vous en souhaitant bonne réception,

Cordialement

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

PRAECON

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

ACCORD D'ENTENTE PREALABLE DENTAIRE N° 1222000698

Valable du 17/01/2022 au 16/04/2022

SERVICE COURRIER LE
 29 SEP. 2023

MME VAN EXTER JACQUELINE
APP. 1
BAT G
RUE MAX BOIROT
LE CARRAGE
71140 BOURBON LANCY

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 11 février 2022

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 : **VAN EXTER JACQUELINE** Né(e) le : **05/08/1944**N° Dossier : **K457893** N° S.S. : **2440875047002 61**Date du devis : **17/01/2022**Code Tiers National : **714001393**

DR SAULIER LAURINE
71140 BOURBON LANCY

♦♦♦♦♦

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. amovible RACO 2021 1	1100.00	94		182.75	127.93	972.07	0.00
TOTAUX	1100.00				127.93	972.07	

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.

30/01
 Nandi 1 Mars 2022
 " 29 " 94
 " 5 Avril 94
 " 12 " 94

SERVICE DENTAIRE

19 Avril 94
 26 Avril 94

NOTE D'HONORAIRES

(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris)

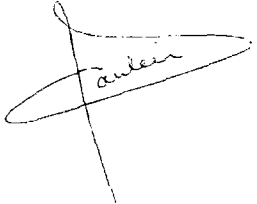
TVA NON APPLICABLE - Article 261 du CGI

SERVICE COURRIER I F
29 SEP. 2023

<div>À remplir par le chirurgien-dentiste</div> <div>Identification du chirurgien-dentiste traitant</div> <div>Identifiant RPPS : 10101133782 2</div> <div>Docteur Laurine SAULIER</div> <div>Identification de la structure</div> <div>(Raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)</div> <div>23 rue du prieuré</div> <div>71140 BOURBON LANCY</div> <div>03 85 89 15 23</div> <div>N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) :</div>	<div>À remplir par le chirurgien-dentiste</div> <div>Identification du patient</div> <div>Nom et prénom : VAN-EXTER Jacqueline</div> <div>Date de naissance : 05/08/1944</div> <div>N° de Sécurité sociale de l'assuré : 2 44 08 75 047 002 61</div> <div>À remplir par l'assuré</div> <div>Identification de l'assurance complémentaire :</div> <div>Nom de la complémentaire :</div> <div>N° de contrat ou d'adhérent :</div> <div>Adresse électronique de l'assuré :</div>
--	---

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 ou pour l'orthodontie cotation NGAP	Montant des Honoraires	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire ou NR
12/04/2022	Haut	Prothèse amovible transitoire haut		HBLD032	520.00 €	182,75
TOTAL					520.00 €	182,75

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						

<div>Règlement : Facture acquittée</div> <div>Montant réglé par le patient : 520.00 €</div> <div>Mode de paiement : <input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Carte bancaire</div> <div><input type="checkbox"/> Autres :</div> <div>Date : 04/05/2022 Note N° : 149</div> <div>Signature et cachet du chirurgien-dentiste</div> <div></div>	<div>Membre d'une association agréée par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements des honoraires par chèque</div>
--	--

Tel a Proceoris le 04/05/22
" Dentiste le
" envoyée a Proceoris par la poste
Retel le 16/05
et le 19/05

Identification du chirurgien-dentiste traitant
Dentiste Laurine SAULIER
N° de praticien : N°RPPS 10101133782 - N°ADELI : 714001393

Identification du patient
Nom et prénom : VAN-EXTER Jacqueline
Date de naissance : 05/08/1944
N° de sécurité sociale du patient : 2 44 08 75 047 002 61

Devis 16572
Page 2/3

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 de 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	Reste à charge
1	Haut	HBLD047	Prothèse amovible définitive métal haut	2 5 6	2	Aucun	1 600,00	311,75	218,23	1 381,77	1 381,77
TOTAL € (des actes envisagés)							1 600,00	311,75	218,23	1 381,77	1 381,77

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.

Acte 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 de 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	Réalisé par votre praticien	Reste à charge
1	Haut	HBLD031	Prothèse amovible définitive résine haut	5 6	1 100,00	1 100,00	182,75	127,93	972,07	oui	972,07

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

Reclamation de conformité pour montage + dijonite de SS
Signature: [Signature]
Date: 18/09/23
Service Courrier LE 29 SEP. 2023

Notice explicative

Le 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.

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

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Docteur Laurine SAULIER

Identifiant du praticien : N°RPPS : 10101133782 - N°ADELI : 714001393

Identification du patient

Nom et prénom : VAN-EXTER Jacqueline

Date de naissance : 05/08/1944

N° de sécurité sociale du patient : 2 44 08 75 047 002 61

Devis 16572

Page 3/3

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.

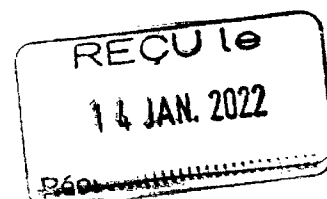
Le chirurgien-dentiste doit indiquer le lieu de fabrication du dispositif médical (exemple : couronne), qui peut être :

- 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.

SERVICE COURRIER I E
29 SEP. 2023



Numero	Matricule	Identifiant du beneficiaire	Nom et prenom	Regime	Date des soins	Quantite d'acte	Acte	Majo	Cof	Base de remb	Taux	Montant rembourse	Dépassement	Dépense	Destinataire de règlement	Reference archive	Numero de facture	Mobil exo TM
71400139	2440875047002	4408051	VAN- EXTER JACQUELI NE	110	23/03/2022	2	ADC		1	66,88 €	70	46,82 €	0,00 €	66,88 E	0	2208370604000428200	000000870	LIS
71400139	2440875047002	4408051	VAN- EXTER JACQUELI NE	110	05/04/2022	2	ADC		1	66,88 €	70	46,82 €	0,00 €	66,88 E	0	2209670604000534500	000000955	LIS
71400139	2440875047002	4408051	VAN- EXTER JACQUELI NE	110	12/04/2022	1	ADC		1	50,16 €	70	35,11 €	0,00 €	50,16 E	0	2210370604000557100	000000999	LIS
71400139	2440875047002	4408051	VAN- EXTER JACQUELI NE	110	12/04/2022	1	PT0		1	182,75 €	70	127,93 €	337,25 €	520,00 E	0	2210370604000557100	000000999	LIS
71400139	2440875047002	4408051	VAN- EXTER JACQUELI NE	110	05/10/2022	1	PA1		1	311,75 €	70	218,23 €	1 288,25 €	1 600,00 E	0	2227970601000289200	000002020	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN- EXTER JACQUELI NE	110	04/02/2022	1	AMI		2	4,73 €	100	4,73 €	0,00 €	4,73 E	716285697	2205271105001759700	000002884	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN- EXTER JACQUELI NE	110	04/02/2022	1	FRT		1	-0,50 €	100	-0,50 €	0,00 €	0,00 E	0	2205371106637338500	000002884	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN- EXTER JACQUELI NE	110	04/02/2022	1	IFA		1	2,50 €	100	2,50 €	0,00 €	2,50 E	716285697	2205271105001759700	000002884	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN- EXTER JACQUELI NE	110	04/02/2022	1	MAU		1	1,35 €	100	1,35 €	0,00 €	1,35 E	716285697	2205271105001759700	000002884	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN- EXTER JACQUELI NE	110	15/02/2022	1	AMI		2	4,73 €	60	2,84 €	0,00 €	4,73 E	716285697	2205271105001755100	000002990	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN- EXTER JACQUELI NE	110	15/02/2022	1	FRT		1	-0,50 €	100	-0,50 €	0,00 €	0,00 E	0	2205371106637336800	000002990	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN- EXTER JACQUELI NE	110	15/02/2022	1	IFA		1	2,50 €	60	1,50 €	0,00 €	2,50 E	716285697	2205271105001755100	000002990	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN- EXTER JACQUELI NE	110	15/02/2022	1	MAU		1	1,35 €	60	0,81 €	0,00 €	1,35 E	716285697	2205271105001755100	000002990	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN- EXTER JACQUELI NE	110	15/02/2022	1	AMI		2	4,73 €	100	4,73 €	0,00 €	4,73 E	716285697	2209771101002002300	000003062	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN- EXTER JACQUELI NE	110	15/02/2022	1	IFA		1	2,50 €	100	2,50 €	0,00 €	2,50 E	716285697	2209771101002002300	000003062	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN- EXTER JACQUELI NE	110	15/02/2022	1	MAU		1	1,35 €	100	1,35 €	0,00 €	1,35 E	716285697	2209771101002002300	000003062	LIS
71628569	2440875047002	4408051	VAN- EXTER JACQUELI NE	110	14/03/2022	1	AMI		4	13,23 €	100	13,23 €	0,00 €	13,23 E	716285697	2209771101001998500	000003140	DIV
71628569	2440875047002	4408051	VAN- EXTER JACQUELI NE	110	14/03/2022	1	IFA			2,50 €	100	2,50 €	0,00 €	2,50 E	716285697	2209771101001998500	000003140	DIV

SERVICE COURRIER LE
29 SEP. 2023

Mon numéro : 2440875047002 61

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

Jacqueline VAN EXTER

Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.

Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

3646

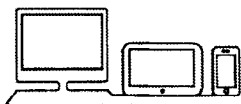
Service gratuit
prix appel

CPAM 711 113 Rue de Paris
71022 Mâcon cedex 9

MME JACQUELINE VAN EXTER
LE CARRAGE
BAT G NUM 1
71140 BOURBON LANCY

mon
parcours
d'assuré

Le 15/02/2023



Besoin de contacter votre caisse ?

Ouvrez simplement votre
compte sur ameli.fr ou sur
l'appli ameli et posez vos
questions par e-mail à votre
conseiller.

> MA RECLAMATION

Chère Madame VAN EXTER,

Vous nous avez demandé le décompte du remboursement de l'année 2022.

Nous vous adressons un duplicata de ce décompte à titre exceptionnel et nous vous
informons, dans le cadre de vos démarches prochaines, que tous vos décomptes sont
disponibles sur ameli.fr.

Avec toute mon attention,

Madame PASCALE BLANDIN
votre correspondant de l'Assurance Maladie



Je me facilite la vie, j'ouvre mon compte sur Ameli

Je consulte en temps réel le détail de mes remboursements.

De: "Service Dentaire PRAECONIS"
Date: lundi 4 décembre 2023 11:32
A: "'jane diot'" <h2w2j7@gmail.com>
Objet: RE: K457893-VAN EXTER JACQUELINE-DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Bonjour Madame VAN EXTER,

Nous accusons réception de votre réponse cependant, celle-ci demeure être sans pièce jointe.

Nous vous confirmons ne pas avoir reçu au préalable la facture acquittée, du décompte de remboursement de la sécurité sociale, du décompte de remboursement de votre 1ere mutuelle et de la déclaration de conformité complète.

Vous en souhaitant bonne réception,

Cordialement

Service Dentaire
Contrôle Médical

[6 Rue Paul Morel](#)

BP 80283

70006 VESOUL

Gestionnaire Dentaire 002

De : jane diot <h2w2j7@gmail.com>

Envoyé : vendredi 1 décembre 2023 14:01

À : Service Dentaire PRAECONIS <service.dentaire@praeconis.fr>

Objet : Re: K457893-VAN EXTER JACQUELINE-DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Voici les documents demandés. vous avez déjà tous les documents que vous me demandez avec accusé de réception, depuis plus d' une année j'attends ce remboursement je pense qu' il y a un gros problème avec votre gestion je vais mettre en route mon assurance juridique.

Le lun. 25 sept. 2023 à 10:51, Service Dentaire PRAECONIS <service.dentaire@praeconis.fr> a écrit :

Bonjour Madame VAN EXTER

Nous accusons réception de votre demande auprès de notre accueil.

Pour obtenir un remboursement, nous avons besoin de la facture acquittée, du décompte de remboursement de la sécurité sociale, du décompte de remboursement de votre 1ere mutuelle et de la déclaration de conformité complète

Merci par avance

Vous en souhaitant bonne réception,

Cordialement

Service Dentaire
Contrôle Médical

[6 Rue Paul Morel](#)

BP 80283

70006 VESOUL

Gestionnaire Dentaire 001