



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 : BOILEAU Prénom : AGNES

Adresse : 13 AV TOM MOREL

CP 78210 Ville : ST CYR L'ECOLE

Téléphone : 06.14.04.84.76 mail : boileau.agnes@sfr.fr

Numéro adhérent : N114964

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
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

Boileau Agnès
13, avenue Paul Morel
48 210 SV Cyn P'Ecofe
Adhèrent - N 11H 96H

SERVICE COURRIER LE

30 OCT. 2023

MMC
6, rue Paul Morel
40006 VESOUL cedex

SV Cyn P'Ecofe Le 24/10/2023

Messieurs,

Je viens de consulter le D^r Quenec du CDS dentaire
Versailles Clemenceau - La secrétaire n'étant pas
parvenue à vous joindre, je vous adresse sougée p^{le}
le devis correspondant aux soins dentaires qui
sont nécessaires et vous prie de bien vouloir
le compléter pour accord -

Merci de me renvoyer le document dûment rempli
avec mes remerciements et très sincères
salutations

A Boit.

ANNEXE AU DEVIS CONVENTIONNEL : DETAIL DU RESTE A CHARGE

Cette annexe est destinée à être complétée par le praticien dentiste et le patient. Elle est à joindre au devis conventionnel.

Rappel du devis

N° du devis : 313624
Date du devis : 23 Octobre 2023
Valable jusqu'au : 23 Avril 2024

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Nom Prénom : QUERE Stephanie
Identifiant du praticien RPPS : 1 0 0 0 3 6 0 8 1 8 8

Identification du patient

Nom Prénom : BOILEAU AGNES
Date de naissance : 1 3 / 0 7 / 1 9 3 7
N° de Sécurité sociale : 237078840800370

Identification de l'établissement

N° de l'établissement (FINESS) : 7 8 0 0 2 7 9 2 6
Raison sociale et adresse : CDS DENTAIRE VERSAILLES CLEMENCEAU
3 Georges Clémenceau
78000 VERSAILLES

Organisme complémentaire

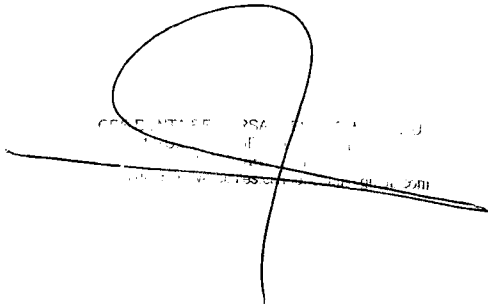
Nom de l'organisme :
N° adhérent :
Référence dossier :

Description du traitement proposé :
Dispositions particulières :

Rappel du traitement proposé

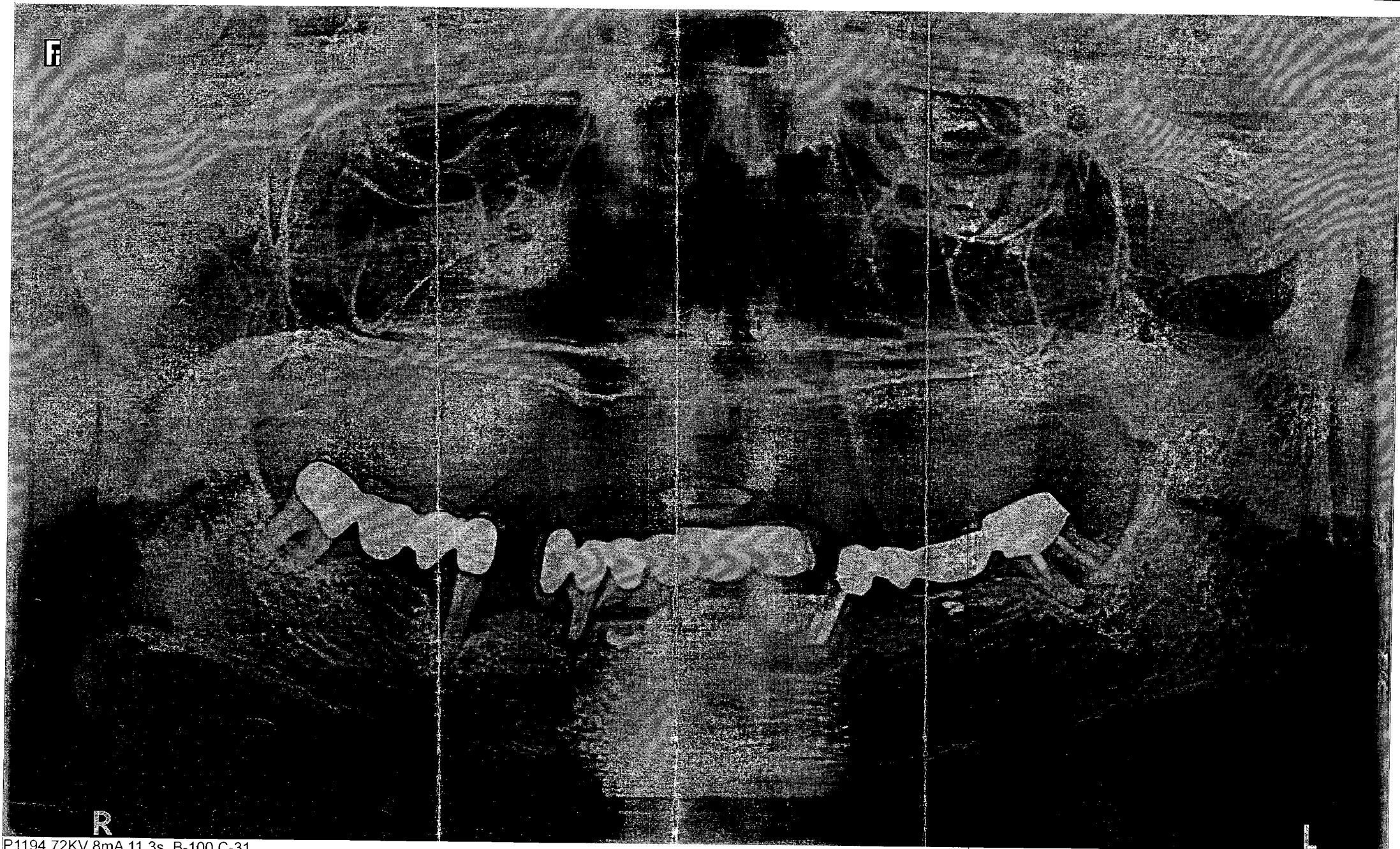
N° de la prestation				Montant de la prestation				
Code de la prestation				Montant de la prestation				
Libellé de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation				Montant de la prestation				
Montant de la prestation								

Cette annexe est destinée à être complétée par le praticien dentiste et le patient. Elle est à joindre au devis conventionnel.



SERVICE COURRIER LE
3 0 OCT. 2023

F



R

P1194 72KV 8mA 11.3s B-100 C-31

R

Dental Imaging Software V6, 14, 7, 3

SERVICE COURRIER LE
30 OCT. 2023

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

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223007849

Valable du 03/11/2023 au 02/02/2024

MME BOILEAU AGNES
APP. 4
RES. MEDICIS
13 AV TOM MOREL

78210 ST CYR L'ECOLE

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 3 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 : **BOILEAU AGNES** Né(e) le : **13/07/1937**

N° Dossier : **N114964** N° S.S. : **2370788408003 70**

Date du devis : **03/11/2023**

Code Tiers National : **780027926**

DR QUERE STEPHANIE
78000 VERSAILLES



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	310.00	47		75.25	45.15	264.85	0.00
TOTAUX	310.00				45.15	264.85	

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° 1223007849

Valable du 03/11/2023 au 02/02/2024

DR QUERE STEPHANIE

3 GEORGES CLEMENCEAU

78000 VERSAILLES

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 3 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 : **BOILEAU AGNES** Né(e) le : **13/07/1937**

N° Dossier : **N114964** N° S.S. : **2370788408003 70**

Date du devis : **03/11/2023**

Code Tiers National : **780027926**

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	310.00	47		75.25	45.15	264.85	0.00
TOTAUX	310.00				45.15	264.85	

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

11 DEC. 2023

03/11/2023

N° FSE : 29491

FACTURE N° 34032450**CDS DENTAIRE VERSAILLES CLEMENCEAU**

Dr. QUERE Stephanie
 3 Rue Georges Clémenceau
 78000 Versailles
 Tél : 01.78.90.18.00 Fax :
 Mail :
 N° FINESS : 780027926

BOILEAU AGNES**R.O : 017810000**

CPAM VERSAILLES

0100-Ni exonération, ni modulation (60%)

N° INSEE : 2370788408003 70

Né(e) le : 13/07/1937

R.C : N° Adhérent :

Garantie : (MUTNUM :)

Assuré(e)

Lui-même

R.C2 : N° Adhérent :

Garantie :

Dent	Date	Désignation des actes	Cotation	Reg.	TRSS	Part R.O	Part R.C	Part R.C2	Honoraires
4	03/11/2023	Prothèse amovible de transition résine 4 dents - RAC 0 App. sur : 47 46 45 44	HBLD476	PT0	75,25	45,15	0,00	0,00	310,00
Total :					75,25	45,15	0,00	0,00	310,00

Part patient acquittée

L.C	Remboursé	Non Remboursé	Part R.O :	45,15
HBLD476	1		Part R.C :	0,00
			Part R.C2 [Hors Tiers Payant]:	0,00
			Autres prises en charge :	0,00
			Part à la charge du patient :	264,85

Signature du patient ou de son représentant légal,