

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 : TRAVERSA Prénom : ALAIN

Adresse : 87 CHEMIN DU MAS DE CHAUVET

CP 13118 Ville : ENTRESSEN

Téléphone : 0616177645 mail :

Numéro adhérent : N158457

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

Vesoul, le 22 novembre 2023

2033261793J00001 00619

MONSIEUR TRAVERSA ALAIN
87 CHEMIN DU MAS DE CHAUVET
13118 ENTRESSEN

N158457

SERVICE COURRIER LE

04 DEC. 2023

Bonjour Monsieur TRAVERSA

Nous avons reçu ce jour votre facture 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) ainsi que la facture du 16/11/2023.

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



2033261793J0000120103

CARTE D'IDENTIFICATION DE LA PROTHESE DENTAIRE
Dispositif Médical Sur Mesure Invasif (suivant les annexes VII)

Prescription : 73444 du 17/11/2023

Livrée le 27/11/2023
Nuances : Vitapan ClassicDocteur : ATTAL PHILIPPE
Patient : TRAVERSA ALAIN

Libellé	Type	Teinte	Dents	Or
APPAREIL RESINE 1 A 3 DENTS		A3	13;16;27	
Libellé	Type	Teinte	Dents	Or
CROCHET SIMPLE 0.9 MM			15;26	

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

Le laboratoire :

LABORATOIRE LDA
1 RUE DE LA FRATERNITÉ
94350 Villiers Sur Marne
Siret : 37989029600047

Assure et déclare, sous ma seule responsabilité, que
le dispositif médical sur mesure destiné à l'usage exclusif du patient : **TRAVERSA ALAIN** n° 73444/1
fabriqué conformément à la prescription médicale numéro : **73444** établie par :

Docteur

ATTAL PHILIPPE

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

est conforme aux exigences générales en matière de sécurité et de performances énoncées à l'annexe I du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux et applicables à la fabrication de prothèses dentaires modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE.

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.
Dispositif médical sur mesure contenant du cobalt substance CMR.
Fait Fait à Villiers Sur Marne, Par Mr FARBIARZ Jeff
le 27/11/2023



SERVICE COURRIER LE

04 DEC. 2023



Vesoul, le 5 décembre 2023

Monsieur TRAVERSA ALAIN
87 CHEMIN DU MAS DE CHAUVET
13118 ENTRESSEN

N158457

Bonjour Monsieur TRAVERSA,

Nous accusons réception de votre déclaration de conformité et nous vous en remercions.
Nous sommes toujours en attente de la facture acquittée du 16/11/2023.

En vous souhaitant bonne réception,

Cordialement,


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