

**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 : TALHAOUI Prénom : SAID

Adresse : 30 RUE GEORGES POMPIDOU

CP 45100 Ville : ORLEANS

Téléphone : mail : ftalhaoui@hotmail.com

Numéro adhérent : N154659

Concernant mon plan de traitement : ☐ Implantologie ☒ Prothèses ☐ Maladie Parodontale ☐ Orthodontie Dento-faciale

**(LE DENTISTE)**

**Donne le mandat à mon docteur**

Nom : GALEGO Prénom : ALBERTO

Adresse : 132, avenue Gabriel Péri

CP 93400 Ville : SAINT-OUEN

mail : saintouen@dentelia.fr N° national : 930027610 930027610

**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 : Orléans

Le : 13/12/2023

**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

**De:** "DEVIS SAINTOUEN" <devis.saintouen@gmail.com>  
**Date:** mardi 5 décembre 2023 18:09  
**A:** "Service Dentaire PRAECONIS" <service.dentaire@praeconis.fr>  
**Objet:** demande de prise en charge MrTALHOUÏ Said

Bonjour,

Je vous remercie de bien vouloir traiter pour notre patient Mme GIODANO Alexandra

1 DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE

**Début des soins le 05/12//2023**

**fin des soins le 05/04/2024**

*Si vous ne pratiquez pas le tiers-payant avec nous, je vous remercie de bien vouloir faire les estimations et de nous faire un retour par mail à [devis.saintouen@gmail.com](mailto:devis.saintouen@gmail.com) ou par fax au 01.86.90.06.28 afin que nous puissions le communiquer à notre patient lors de son rendez-vous.*

Je vous remercie par avance.

--  
132 avenue Gabriel Péri  
93400 Saint Ouen  
Tél : 01.86.90.06.30  
Fax : 01.86.90.06.28  
N° finess : 93 00 27 610

**CENTRE  
DENTAIRE**

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE

ADRESSER A LA MUTUELLE : ( )

N° FAX :

N° TEL :

**IDENTIFICATION DU CENTRE**

Etablissement : 93 0 02761 0 - CDS DENTAIRE SAINT-OUEN Tél: 01.86.90.06.30 - Fax: 01.86.90.06.28  
Adresse : 132 Avenue Gabriel Péri Email :  
93400 SAINT OUEN www.centre-dentaire-saint-ouen.com  
Praticien : GALEGO ALBERTO RPPS : 10107660333

**BENEFICIAIRE**

N° ADHERENT 1610199380150 N° SS 1 61 01 99 380 150 (20)  
RISQUE 10 0 Maladie  
NOM ET PRENOM TALHAOUI SAID (211466) DATE DE NAISSANCE 22/01/1961

Madame, Monsieur,

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous adresser la prise en charge au titre du tiers payant concernant les travaux de prothèses dentaires dont vous trouverez le détail ci-dessous.

Prise en charge à adresser par fax au N° ci dessus

Avec nos remerciements anticipés,  
Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

Le service dentaire.

**DEVIS**

N° dents	Date soins	Désignation des actes	CCAM	Rembt S.S. (oui / non)	Montant	TRSS	Rembt SS	Observations
47	05/12/2023	Inlay-Onlay céramique 2 faces	HBMD460	oui	480.00	100.00	60.00	
TOTAL					480.00			

o Alliage précieux NF EN ISO 22764 3/2007  
o Alliage non précieux NiCr NF EN ISO 22674 3/2007  
o Alliage non précieux CoCr NF EN ISO 22674 3/2007

o Résine Base NF EN ISO 1567 2000  
o Résine Dent NF EN ISO 22112 2005  
o Céramo-métallique NF EN ISO 9693 2000  
o Céramique dentaire NF EN ISO 6872 1999

DATE : 05/12/2023

SIGNATURE

**DENTELIA**  
CENTRE DENTAIRE DE SAINT OUEN  
N°INESS/ 93 00 27 610  
132 avenue Gabriel Péri - 93400 Saint-Ouen  
01.86.90.06.30

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

**ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008618**

Valable du 06/12/2023 au 05/03/2024

**MME TALHAOUI FARIDA**

**30 RUE GEORGES POMPIDOU**

**45100 ORLEANS**

**CONTACT**

**Ligne Directe : 03.84.75.22.52**

**Fax : 03.84.75.20.21**

**E-mail : service.dentaire@praeconis.fr**

Vesoul, le 6 décembre 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 : **TALHAOUI SAID** Né(e) le : **22/01/1961**

N° Dossier : **N154659** N° S.S. : **1610199380150 20**

Date du devis : **06/12/2023**

Code Tiers National : **930027610**

**CDS SAINT OUEN**

**93400 SAINT OUEN**



Cet accord préalable est établi en **euros**

<b>Libellé Prestation</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Dent</b>	<b>Qté</b>	<b>Base Régime Obligatoire</b>	<b>Part Régime Obligatoire</b>	<b>Part Mutuelle</b>	<b>Reste à Charge</b>
Inlay Onlay Tarif libre 1	480.00	47		100.00	60.00	40.00	380.00
<b>TOTAUX</b>	<b>480.00</b>				<b>60.00</b>	<b>40.00</b>	<b>380.00</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



**PRAECONIS**  
**6 rue Paul MOREL**  
**BP 80283**  
**70006 VESOUL CEDEX**

**FEUILLET PRATICIEN (\*)**

**ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008618**

Valable du 06/12/2023 au 05/03/2024

**CDS SAINT OUEN**

**132 AV GABRIEL PERI**

**93400 SAINT OUEN**

**CONTACT**

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 6 décembre 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 : **TALHAOUI SAID** Né(e) le : **22/01/1961**

N° Dossier : **N154659** N° S.S. : **1610199380150 20**

Date du devis : **06/12/2023**

Code Tiers National : **930027610**

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 Tarif libre 1	480.00	47		100.00	60.00	40.00	380.00
<b>TOTAUX</b>	<b>480.00</b>				<b>60.00</b>	<b>40.00</b>	<b>380.00</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**

**De:** "Service Dentaire PRAECONIS"  
**Date:** lundi 18 décembre 2023 16:04  
**A:** "'saintouen@dentelia.fr'" <saintouen@dentelia.fr>  
**Objet:** N154659 TALHAOUI SAID MANDAT  
**Pièces jointes:** MANDAT.pdf

Bonjour,

Nous avons reçu de la part de notre adhérent Monsieur TALHAOUI un devis concernant un traitement d'INLAY ONLAY. Afin de traiter sa demande, nous avons besoin de pièces complémentaires.

Monsieur TALHAOUI a signé un mandat (que vous trouverez en pièce jointe) nous autorisant vous demander les pièces nécessaires au traitement de son dossier que vous pourrez nous déposer sur notre espace sécurisé dont voici le lien :

Lien : <https://ncn.giesima.fr/s/DNtzzQF4yGoS79H>

**Attention le mot de passe vous est envoyé dans un second mail pour des raisons de sécurité**

Nous vous remercions donc de bien vouloir nous faire parvenir les éléments suivants :

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

Cordialement

**Service Dentaire**

**Contrôle Médical**

[6 Rue Paul Morel](#)

BP 80283

70006 VESOUL

Gestionnaire Dentaire 002

**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 : TALHAOUI Prénom : SAID

Adresse : 30 RUE GEORGES POMPIDOU

CP 45100 Ville : ORLEANS

Téléphone : mail : ftalhaoui@hotmail.com

Numéro adhérent : N154659

Concernant mon plan de traitement : ☐ Implantologie ☒ Prothèses ☐ Maladie Parodontale ☐ Orthodontie Dento-faciale

**(LE DENTISTE)**

**Donne le mandat à mon docteur**

Nom : GALEGO Prénom : ALBERTO

Adresse : 132, avenue Gabriel Péri

CP 93400 Ville : SAINT-OUEN

mail : saintouen@dentelia.fr N° national : 930027610 ☐ ☐ ☐ 930027610

**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 : Orléans

Le : 13/12/2023

**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