

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 : ROBBERECHTS Prénom : NAIMA

Adresse : 12 RUE DES GROUETTES

CP 95180 Ville : MENUCOURT

Téléphone : 07.63.91.54.64 mail : philipperobberechts@sfr.fr

Numéro adhérent : N159559

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 (<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

FICHE IMPLANT

1 - CDOSA - CONSULTATION DOSSIER - [1 - CDOSA - CONSULTATION DOSSIER - [DOSS1] - (CLH)] - (CLH) - [InPrivate] - Microsoft Edge

Non sécurisé | msimut/lang1/DOSS1SpecView.aspx

DOSSIER ADHERENT

N°159559 Groupe Adhésion 01/01/2023 Historique Radiation 'aucun' Contentieux

CHEF DE FAMILLE

MME Nom ROBBERECHTS Prénom NAIMA Sexe Féminin Compo. A E 200

Né le 09/07/1957 1 Mois lunaire Qualité non adhérent 'aucun' A partir du 01/01/2023

Assurés Sociaux 01 Régime général Spécif. 'aucun' Spécif. 100% 'aucun'

Statut 6 Retraité C.S.P. 7 RETRAITES Entreprise Ressources 'aucun'

ADRESSE à partir du 01/01/2023

'aucun' 'aucun' Tél. 01.34.66.73.55

'aucun' 'aucun' Hor. Fax

N° voie Complète voie Type voie Voie Sect. postal Commune Tél. mobile 07.63.91.54.64

12 'aucun' RUE DES GROUETTES Cedex Pays Canton

95180 MENU COURT FRANCE

Adr. philipperobberechts@sfr.fr

Conseiller MBT BALIVET Mélanie

Agence MIMC VESOUL

Refus affectation auto? ☐ Oui ☒ Non

CONTRATS

N° contrat/Avt Nature Gamme Produit Stage Groupe Date d'effet Date fin droits Date fin contrat Motif C. Prest.

S2023936002626/001 SA PASTP5 PAP5H2 N 01/01/2023 31/12/23 00067

BANQUE : C.E. I.D.F.-PARIS

Enregistrer Aperçu Info S.S. NOUVEAU CONTRAT Gamme 'aucun' Courtier Précédent Suivant Annuler

19102022 INQ 0 5 MBT

09:56 15/12/2023

DOSSIER

N° N159559 Nom ROBBERECHTS Prénom NAIMA Adhésion le 1012023

ASSURES

A partir du	N° immatriculation	Nom Prénom	Né le Qualité	Régime Spécificité	Organisme Centre	Flag NOE Org. Reg.soc	1er Tfr Déc Der Tfr Déc
01/01/2023	2570799380451	ROBBERECHTS NAIMA	09/07/1957 1	Régime général	CPAM DE CERGY		O 20/01
01/01/2023	1320576351069	ROBBERECHTS PHILIPPE	12/05/1932 1	Régime général	CPAM DE CERGY		O 19/01

ENVOIS/RETOURS

Nat. trs Date tfr Régime ROBBERECHTS NAIMA Organisme Date trt CTI Retour Date réception

N 29/12/2022 Régime gén 951 CERGY 30/12/2022 CREATION INFO.OC ACQUITTEE 02/01/2023

Fiche suivi dossier dentaire

Bénéficiaire : Date d'effet : 01/01/2023

Date de signature	17/10/2022
Date devis	27/11/2023
Montant de la garantie Implant	75€
Montant de la garantie Paro	

Montant de la garantie Orthodontie	
Montant de la garantie Prothèses	140%
Plafond annuel	750€

Télétransmission	OUI	NON	Réception télétransmission	
------------------	-----	-----	----------------------------	--

PAS DE BO CAR PAS DE REMBOURSEMENT DENTAIRE

DEVIS

Numéro : 6540076

Pour traitements et actes bucco-dentaires pouvant faire l'objet d'une entente directe ou faisant l'objet d'un dépassement d'honoraires dans les limites fixées par les arrêtés du 31.12.1999 et du 15.01.2000, modifiés par les arrêtés du 10.04.2002 et du 30.05.2006

Devis conforme à l'article 4.2.1 et à l'annexe III de la Convention Nationale des Chirurgiens-dentistes

Ce devis est la propriété du patient, sa communication à un tiers se fait sous sa seule responsabilité

Date de l'établissement du devis : **27/11/2023**

Durée de validité du devis : **6 mois**

Identification du praticien :

Docteur HUPAYS HEMMY
N° RPPS : **10102148755**
Cabinet dentaire du petit Albi
16 rue du petit Albi - 95520 OSNY
Tél : **0180926666**

Identification du patient :

ROBBERECHTS NAIMA
N° INSEE : **257079938045158**
Né le **09/07/1957**
-
Tél :

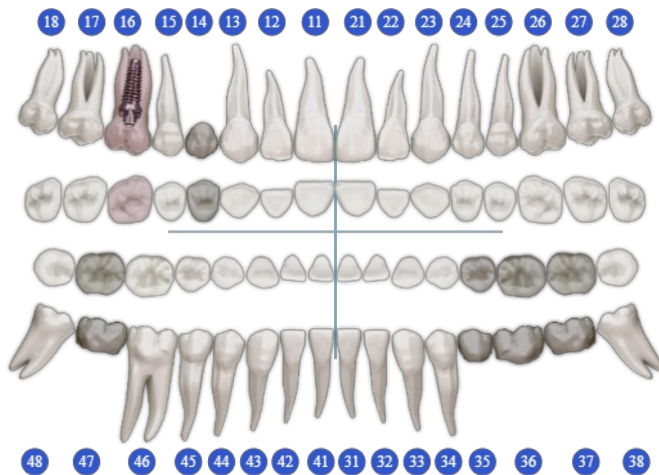
Espace réservé à la transmission, par les assurés à des tiers, de données administratives complémentaires :

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire :

Nom de l'organisme complémentaire : **VIAMEDIS**
N° de contrat ou d'adhérent :
Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

Description du traitement proposé (à remplir par le chirurgien-dentiste) :

Dispositions particulières : oui ☐ non ☐ Si oui, lesquelles ?



Matériaux et normes

1 Céramo-Métallique Non Précieux NF en ISO 9693 2000

Description précise et détaillée des actes :

Dent	Nature de l'acte ou libellé CCAM	Matériaux utilisés	Code CCAM ou NGAP	Honoraires	Base de remboursement Assurance Maladie	RO	Réservé à l'organisme complémentaire
16	Couronne implantoportée	1	HBLD418	530,00	107,50	64,50	
Le montant total des honoraires sera de 530,00 euros La base de remboursement totale de la sécurité sociale devrait être de 107,50 euros Le montant total du remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire devrait être de 64,50 euros							

Le patient reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement.

Date et signature du patient ou du responsable légal

Signature du praticien

Déclaration de consentement éclairé

Je soussigné(e) ROBBERECHTS NAIMA

Reconnais avoir été informé(e) par le Docteur HUPAYS HEMMY

Sur mon plan de traitement.

J'ai reçu des informations détaillées en des termes que j'ai compris sur la nature de l'intervention proposée ainsi que sur les risques et complications.

J'ai pu poser toutes les questions me préoccupant concernant la nature et l'importance de l'intervention, les risques particuliers et les complications possibles.

Je n'ai plus de question en suspens et estime avoir suffisamment été informé(e).

Après avoir bénéficié d'un délai de réflexion que je juge suffisant, je donne par la présente mon consentement à la réalisation du traitement proposé.

J'accepte également l'extension du programme opératoire non prévisible qui pourrait se révéler nécessaire pendant le traitement.

J'autorise la prise de photos pour le dossier médical et la saisie d'informations pour le dossier informatique.

A OSNY, le 27/11/2023

Signature du patient (ou tuteur légal) « Lu et approuvé »

Adhérent n° N159559

Mme NAIMA ROBBERECHTS

Email : philipperobberechts@sfr.fr

Tel : 07 63 91 54 64

Mutuelle : PRAECONIS

Bénéficiaires

Mme NAIMA ROBBERECHTS (CF)

Né(e) le 09/07/1957

M. PHILIPPE ROBBERECHTS (CJ)

Né(e) le 12/05/1932

Contrat(s)

[PASTEL 2 H2](#)

N° S2023936002626

Date d'effet : 01/01/2023

Cet échange a été résolu par :
Céline LERCH le 15/12/2023 à 10:05

Ce message s'adresse au service dentaire

demande du 15/12/2023

Bonjour Madame ROBBERECHTS,

Nous accusons réception de votre devis dentaire qui a retenu toute notre attention.

Afin de faciliter votre parcours Dentaire et vous apporter un meilleur service, vous trouverez ci-joints, une notice accompagnée d'un mandat de transmission par lequel vous nous autorisez à contacter directement votre praticien afin obtenir les pièces complémentaires 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)

- Une radio per opératoire datée et identifiée informatiquement* (après la pose de l'implant mais avant celle de la prothèse)
- Une radio post opératoire de l'implant équipé de la prothèse, datée et identifiée informatiquement* (après la pose de la prothèse sur l'implant)
- Les factures acquittées

*Important : le nom et la date doivent être intégrés à la radio ; ces mentions ne doivent pas être ajoutées de façon manuscrite.



Cordialement,
Céline.

[.mandat.pdf](#)

15/12/2023

écrit par Céline LERCH