

**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 : GAMBIER Prénom : SABRINA

Adresse : 39 D RUE DES TRUCAILS

CP 33980 Ville : AUDENGE

Téléphone : 06.62.10.82.72 mail : sabrina.gam@hotmail.fr

Numéro adhérent : N128700

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

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

**ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223007044**

Valable du 28/09/2023 au 27/12/2023

**MME GAMBIER SABRINA**
**39D RUE DES TRUCAILS**
**33980 AUDENGE**
**CONTACT**
**Ligne Directe : 03.84.75.22.52**
**Fax : 03.84.75.20.21**
**E-mail : service.dentaire@praeconis.fr**

Vesoul, le 28 septembre 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 : **GAMBIER SABRINA** Né(e) le : **06/01/1991**
N° Dossier : **N149076** N° S.S. : **2910178361248 24**
Date du devis : **28/09/2023**
Code Tiers National : **334020120**
**DR BAILLY Cécile**  
**33980 AUDENGE**

 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 RAC M 2020 1	350.00	46		100.00	70.00	30.00	250.00
<b>TOTAUX</b>	<b>350.00</b>				<b>70.00</b>	<b>30.00</b>	<b>250.00</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

**FEUILLET PRATICIEN (\*)**
**ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223007044**

Valable du 28/09/2023 au 27/12/2023

**DR BAILLY Cécile**
**7T RTE DE BORDEAUX**
**33980 AUDENGE**
**CONTACT**

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 28 septembre 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 : **GAMBIER SABRINA** Né(e) le : **06/01/1991**

 N° Dossier : **N149076** N° S.S. : **2910178361248 24**

 Date du devis : **28/09/2023**

 Code Tiers National : **334020120**

 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 RAC M 2020 1	350.00	46		100.00	70.00	30.00	250.00
<b>TOTAUX</b>	<b>350.00</b>				<b>70.00</b>	<b>30.00</b>	<b>250.00</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

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

**ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223007043**

Valable du 28/09/2023 au 27/12/2023

**MME GAMBIER SABRINA**
**39D RUE DES TRUCAILS**
**33980 AUDENGE**
**CONTACT**
**Ligne Directe : 03.84.75.22.52**
**Fax : 03.84.75.20.21**
**E-mail : service.dentaire@praeconis.fr**

Vesoul, le 28 septembre 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 : **GAMBIER SABRINA** Né(e) le : **06/01/1991**
N° Dossier : **N149076** N° S.S. : **2910178361248 24**
Date du devis : **28/09/2023**
Code Tiers National : **334020120**
**DR BAILLY Cécile**  
**33980 AUDENGE**

 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	430.00	46		100.00	70.00	30.00	330.00
<b>TOTAUX</b>	<b>430.00</b>				<b>70.00</b>	<b>30.00</b>	<b>330.00</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

**FEUILLET PRATICIEN (\*)****ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223007043**

Valable du 28/09/2023 au 27/12/2023

**DR BAILLY Cécile****7T RTE DE BORDEAUX****33980 AUDENGE****CONTACT**

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 28 septembre 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 : **GAMBIER SABRINA** Né(e) le : **06/01/1991**N° Dossier : **N149076** N° S.S. : **2910178361248 24**Date du devis : **28/09/2023**Code Tiers National : **334020120**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	430.00	46		100.00	70.00	30.00	330.00
<b>TOTAUX</b>	<b>430.00</b>				<b>70.00</b>	<b>30.00</b>	<b>330.00</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**



**RECU D'HONORAIRES**

(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris)


Le Vendredi 3 Novembre 2023

<b>Identification du chirurgien-dentiste traitant</b> Identifiant RPPS : <b>10102301651</b>  <b>Dr. Cécile BAILLY</b>  <b>Conventionné</b>  <b>Identification de la structure</b> (Raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) <b>SELARL DENTAIRE BERGERIN</b> <b>7 ter route de Bordeaux</b>  <b>33980 AUDENGE</b>  N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : <b>913275426000177</b>	<b>Identification du patient</b>  Nom et prénom : <b>Mme GAMBIER Sabrina</b>  Date de naissance : <b>06/01/1991</b>  N° de Sécurité sociale de l'assuré : <b>2910178361248 24</b>  <b>A remplir par l'assuré</b> Identification de l'assurance complémentaire :  Nom de la complémentaire : ..... N° de contrat ou d'adhérent : .....  Adresse électronique de l'assuré : .....
--	---

Je soussigné(e) Dr. Cécile BAILLY atteste avoir reçu le 03/11/2023 de Mme GAMBIER Sabrina la somme de 330,00 € pour des actes effectués à la date du 03/11/2023

Description détaillée des actes effectués							
Date de réalisation des actes	N° dent ou Localisation	Libellé de l'acte ou libellé Orthodontique	Code CCAM ou pour orthodontie cotation NGAP	Montant des honoraires	Base de rembour. ou NR	Remb. AMO	Remb. AMC
03/11/2023	46	Inl/onlay Céram	HBMD460	430,00	100,00	100,00	
Total €				<b>430,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>0,00</b>

Facture acquittée

<b>Règlement :</b> Montant réglé par le patient : <b>330,00 €</b> Mode de règlement : <input type="checkbox"/> Espèces <input checked="" type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Carte bancaire <input type="checkbox"/> Autres : .....  Date de règlement : <b>03/11/2023</b>	<b>Cachet du praticien</b>  <b>Signature du praticien</b>
---	--

**Adhérent n° N149076**

Mme SABRINA GAMBIER

Email : sabrina.gam@hotmail.fr

Tel : 06 62 10 82 72

Mutuelle : PRAECONIS

**Bénéficiaires**

Mme SABRINA GAMBIER (CF)

Né(e) le 06/01/1991

**Contrat(s)**

[CIRCE 2 Performance H2](#)

Date d'effet : 01/07/2021

Cet échange a été résolu par :

Angélique CASTELLETTI le 28/09/2023 à 16:23

**Ce message s'adresse au service dentaire**

demande du 26/09/2023

Bonjour Madame GAMBIER,

N° S202

Veuillez trouver ci-jointe, notre réponse à votre demande de devis dentaire.

Lors du remboursement de votre INLAY ONLAY et 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)

La déclaration de conformité de l'INLAY ONLAY (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

Concernant votre demande de changement de garanties, nous la transférons au service concerné.

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

Cordialement,  
Angélique.

[mandat\\_parours-dentaire\\_praecons\\_030423\\_1680695494.pdf](#)

[notice\\_parours\\_dentaire\\_praecons.pdf](#)

[devis-tarif-libre.pdf](#)

[devis-rac-maitrise.pdf](#)

28/09/2023

écrit par Angélique CASTELLETTI

Et la première page de ce devis.

[image.jpg](#)

26/09/2023

écrit par SABRINA GAMBIER

Voici le devis .

[image.jpg](#)

26/09/2023

écrit par SABRINA GAMBIER

Bonjour

Suite à une consultation chez le dentiste je dois faire refaire ma résine pour la nième fois, hors en discutant avec le dentiste j'ai appris que la céramique était mieux car elle tient sur le long terme et que je pourrais avoir une véritable emprente pour mâcher. Ce qui n'est pas le cas actuellement où ma résine est complètement lisse. De plus elle se décolle.

Ma demande serait de savoir combien il me resterait à charge pour la céramique ?





Et comme je risque de devoir y aller plus régulièrement à partir d'aujourd'hui savoir à combien s'élèverait ma cotisation mensuelle si ma prestation dentaire pour un reste à charge de moins 200€ et un reste à charge de 0€?

J'en profite pour vous demander la même chose pour la partie optique

Cordialement,

Mme Gambier Sabrina .

[image.jpg](#)

26/09/2023

*écrit par SABRINA GAMBIER*

---

**Adhérent n° N149076**

Mme SABRINA GAMBIER

Email : sabrina.gam@hotmail.fr

Tel : 06 62 10 82 72

Mutuelle : PRAECONIS

---

**Bénéficiaires**

Mme SABRINA GAMBIER (CF)

Né(e) le 06/01/1991

---

**Contrat(s)**

[CIRCE 2 Performance H2](#)

N° S2021936005107

Date d'effet : 01/07/2021

Cet échange a été résolu par :

Angélique CASTELLETTI le 17/11/2023 à 15:26

## Ce message s'adresse au service dentaire

demande du 15/11/2023

Bonjour Madame GAMBIER

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).

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

Cordialement,  
Service Dentaire  
Contrôle Médical  
6 Rue Paul Morel

BP 80283  
70006 VESOUL

Gestionnaire Dentaire 001



Cordialement,  
Angélique.

17/11/2023  
*écrit par Angélique CASTELLETTI*

Bonjour,

Je vous envoie en pièce jointe la facture de frais dentaire du 03.11.2023

En vous souhaitant bonne réception

Cordialement,

Mme Gambier Sabrina.

[dentiste-ceramique-03.pdf](#)

15/11/2023  
*écrit par SABRINA GAMBIER*

