

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 : GUYOU Prénom : EMILE

Adresse : 4 RUE DE NONCHETILLE

CP 70000 Ville : QUINCEY

Téléphone : 06.61.23.48.05 mail :

Numéro adhérent : U034798

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

DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE
conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au J.O. du 25 août 2018)

<p>Identification du chirurgien-dentiste traitant</p> <p>Nom Prénom Monsieur DOMENECH ERIC Identifiant du praticien RPPS : 10003564555 N° ADEL 704002294 ou</p> <p>"Zone des Haberges" 7, rue de la Montolillotte VESOUL 70000</p>	<p>Date du devis : 27/07/2023</p> <p>Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 27/01/2024</p> <p>Ce devis contient ... pages indépendantes</p> <p>Description du traitement proposé :</p>
--	---

<p>Identification du Patient</p> <p>Nom Prénom : GUYOU Emilie Date de naissance : 13/09/1950 Numéro de Sécurité sociale du patient : 1 50 09 70 550 031 78</p>	<p>A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel reste à charge selon son contrat :</p> <p>Nom de l'organisme complémentaire :</p> <p>N° de contrat ou d'adhérent :</p> <p>Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :</p>
---	---

Date du devis : 27/07/2023

Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 27/01/2024

Ce devis contient ... pages indissociables

Description du traitement proposé :

Lieu de fabrication du dispositif médical : ☐ au sein de l'Union Européenne ☐ hors Union Européenne

☒ sans sous-traitance du fabricant ☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée: ☐ au sein de l'Union Européenne ☐ hors Union Européenne

A l'issue du traitement, il vous sera remis une fiche de traçabilité et la déclaration de conformité du dispositif médical (document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

Legende explicative du devis : * HN = Hors Nomenclature.		** Matériaux et normes		1	Alliages précieux NF EN ISO 22674 2016	2	Alliage non précieux ISO 22674 2016	3	Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016
				4	Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	5	Polyrésines de base NF EN ISO 20795:1:2013	6	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017

*** Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoire sont informés, la prise en charge définitive est définie à la date de réalisation de l'acte.									
Paniers **** Paniers		Codes	Libellés	Conditions tarifaires					
		1	100% Santé	soumis à honoraires limites de facturation					
		2	Modéré	soumis à honoraires limites de facturation					
		3	Libre	honoraires libres					
		4	Complémentaire Santé Solidaire	soumis à honoraires limites de facturation					
Panier Santé Solidaire-		pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire							

Page 1/2

Identifiant du praticien RPPS 10003564555 N° ADELI 704002294 ou
N° de l'établissement (FINESS) | | | | | | | | | |

Nom Prénom : GUYOU Emile Date de naissance : 13/09/1950
Numéro de Sécurité sociale du patient : 1 50 09 70 550 031 78

N° de Traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Panier (****)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire
1	26	NPC	Chir. Préproth. >			Aucun	50,00 €	NR	0,00 €	50,00 €
2	16	NPC	Chir. Préproth. >			Aucun	50,00 €	NR	0,00 €	50,00 €
3	14	HBGD011	Ablat° Cour et Tenon			Aucun	95,00 €	NR	0,00 €	95,00 €
2	16	HBGD011	Ablat° Cour et Tenon			Aucun	95,00 €	NR	0,00 €	95,00 €
4	24	HBGD011	Ablat° Cour et Tenon			Aucun	95,00 €	NR	0,00 €	95,00 €
1	26	HBGD011	Ablat° Cour et Tenon			Aucun	95,00 €	NR	0,00 €	95,00 €
1	01;02	LBMP003	Moul d'Etude <+>			Aucun	50,00 €	NR	0,00 €	50,00 €
1	14;15;16;17;24;25 ;26;27	HBLD270	Prothèse résine 8d	5-6	1	450,00 €	450,00 €	118,25 €	82,78 €	367,22 €
TOTAL € (des actes envisagés)							980,00 €	118,25 €	82,78 €	897,22 €

27/4/23

Signature du Chirurgien-dentiste





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

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223006102

Valable du 09/08/2023 au 08/11/2023

M GUYOU EMILE

4 RUE DE NONCHETILLE

70000 QUINCEY

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 9 août 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 : **GUYOU EMILE** Né(e) le : **13/09/1950**
N° Dossier : **U034798** N° S.S. : **1500970550031 78**

Date du devis : **09/08/2023**

Code Tiers National : **704002294**

Dr Eric DOMENECH
70000 VESOUL



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	450.00	14		118.25	82.78	367.22	0.00
TOTAUX	450.00				82.78	367.22	

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° 1223006102

Valable du 09/08/2023 au 08/11/2023

Dr Eric DOMENECH

7 RUE de la Montoillotte

70000 VESOUL

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 9 août 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 : **GUYOU EMILE** Né(e) le : **13/09/1950**

N° Dossier : **U034798** N° S.S. : **1500970550031 78**

Date du devis : **09/08/2023**

Code Tiers National : **704002294**

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	450.00	14		118.25	82.78	367.22	0.00
TOTAUX	450.00				82.78	367.22	

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

Vesoul, le 9 août 2023

Monsieur GUYOU EMILE
4 RUE DE NONCHETILLE
70000 QUINCEY

U034798

Bonjour Monsieur GUYOU,

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 de la facture acquittée

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

RECU D'HONORAIRES

(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris)

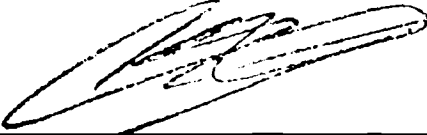
Le Mardi 14 Novembre 2023

<p>Identification du chirurgien-dentiste traitant</p> <p>Identifiant RPPS : 10003564555</p> <p>Dr. Eric DOMENECH</p> <p>Conventionné</p> <p>Identification de la structure</p> <p>(Raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)</p> <p>CABINET DU DR DOMENECH</p> <p>"Zone des Haberges"</p> <p>7, rue de la Montoillotte</p> <p>70000 VESOUL</p> <p>N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : 100035645550030</p>	<p>Identification du patient</p> <p>Nom et prénom : Mr. GUYOU Emile</p> <p>Date de naissance : 13/09/1950</p> <p>N° de Sécurité sociale de l'assuré : 1500970550031 78</p> <p>A remplir par l'assuré</p> <p>Identification de l'assurance complémentaire :</p> <p>Nom de la complémentaire :</p> <p>N° de contrat ou d'adhérent :</p> <p>Adresse électronique de l'assuré :</p>
--	---

Je soussigné(e) Dr. Eric DOMENECH atteste avoir reçu le 14/11/2023 de Mr. GUYOU Emile la somme de 690,00 € pour des actes effectués à la date du 14/11/2023

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
14/11/2023	14 15 16 17 24 25 26 27	Prothèse résine 8d	HBLD270	450,00	118,25	70,95	
Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 8 dents							
14/11/2023	01 02	Moul d'Etude <+>	LBMP003	50,00	NR		
14/11/2023	24	Ablat° Cour et Tenon	HBGD011	95,00	NR		
14/11/2023	14	Ablat° Cour et Tenon	HBGD011	95,00	NR		
Total €				690,00	118,25	70,95	0,00

Facture acquittée

<p>Règlement :</p> <p>Montant réglé par le patient : 690,00 €</p> <p>Mode de règlement : <input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Chèque <input checked="" type="checkbox"/> Carte bancaire</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p> <p>Date de règlement : 14/11/2023</p>	<p>Cachet du praticien</p> <p>Eric DOMENECH</p> <p>CHIRURGIEN DENTISTE</p> <p>7 rue de la Montoillotte</p> <p>70000 VESOUL</p> <p>Tél. 03 84 76 05 19 / Fax 03 84 97 08 35</p> <p>70000 VESOUL</p> <p>Signature du praticien</p> 
---	---

14 NOV. 2023