

**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 : PRUVOST Prénom : JOSIANE

Adresse : 4 ALL DU TERME ROUGE

CP 87200 Ville : SAINT JULIEN

Téléphone : 06.64.74.30.36 mail : pruvost.josiane@orange.fr

Numéro adhérent : N157476

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

## 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 JO du 25 Août 2018)

Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité. Ce devis est informatif, les montants des honoraires et prises en charge sont définis selon les droits effectifs à la date de réalisation de l'acte. Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis.

### Identification du chirurgien-dentiste traitant

Nom Prénom : ALMEIDA Paulo  
Identifiant du praticien RPPS : 10102034286  
Identifiant du praticien ADELI :  
N° de l'établissement (FINESS) : 870003274  
Raison sociale et adresse : Centre dentaire Mutualiste Saint-Junien - 7 bis boulevard Louis Blanc - 87200 ST JUNIEN

Numéro du devis : 6404118  
Date du devis : 09/11/2023  
Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 09/05/2024  
Ce devis contient 2 pages indissociables  
Description du traitement proposé :

### Identification du patient

Nom et prénom : PRUVOST JOSIANE Date de naissance : 02/09/1949  
N° de Sécurité sociale du patient : 249097841944678  
Adresse du patient : - 4 ALLEE DU TERME ROUGE  
87200 SAINT JUNIEN

SERVICE COURRIER LE  
14 NOV. 2023

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 :

Nom de l'organisme complémentaire : **PRÆCONIS**  
N° de contrat ou d'adhérent : **N 157476**  
Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

### Lieu de fabrication du dispositif médical :

☒ en France ☐ au sein de l'Union Européenne

☐ hors Union Européenne (Pays) : En France

☐ sans sous-traitance du fabricant

☒ avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée :

☒ en France ☐ au sein de l'Union Européenne

☐ hors Union Européenne (Pays) : Sans sous-traitance du fabricant

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).

### Légende explicative du devis :

\* HN = Hors Nomenclature,  
acte non décrit dans la nomenclature en vigueur

\*\*\* Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoire sont informatifs, la prise en charge définitive est définie à la date de réalisation de l'acte.

** Matériaux et normes :		1	Résine Base NF en ISO 1567	2	Résine Dent NF en ISO 22112
**** Paniers	Codes	Libellés	Conditions tarifaires		Prise en charge complémentaire
	1	100% Santé	soumis à honoraires limites de facturation		sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable
	2	Moderé	soumis à honoraires limites de facturation		selon le contrat du patient
Panier CSS	3	Libre	honoraires libres		selon le contrat du patient
	4	CSS	soumis à honoraires limites de facturation		pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Identifiant du praticien RPPS : 10102034286  
Identifiant du praticien ADELI :  
N° de l'établissement (FINESS) : 870003274

Nom et prénom : PRUVOST JOSIANE Date de naissance : 02/09/1949  
N° de Sécurité sociale du patient : 249097841944678

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 AMO	Montant remboursé AMO(***)	Montant non remboursé AMO
1	47, 44, 45, 46, 41, 31, 32, 34, 35, 36, 37	HBLD215	Prothèse amovible transitoire	1, 1, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2	1	490,00 €	490,00	150,50	90,30	399,70
<b>TOTAL € (des actes envisagés)</b>							490,00	150,50	90,30	399,70

### Actes sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO(***)	Montant non remboursé AMO	Réalisé par votre praticien
TOTAL €						0,00	0,00	0,00	0,00	

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO(***)	Montant non remboursé AMO	Réalisé par votre praticien
<b>TOTAL €</b>						0,00	0,00	0,00	0,00	

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement  
Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux)

Signature du Chirurgien-dentiste

Paul Jones Craven Jr.

**DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE**  
**VOLET « RESTE A CHARGE »**  
 Conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au JO du 25 Août 2018)

**DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE**  
**VOLET « RESTE A CHARGE »**  
 Conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au JO du 25 Août 2018)

**Identification du chirurgien-dentiste traitant**

Identifiant du praticien RPPS : 10102034286  
Identifiant du praticien ADEL :  
N° de l'établissement (FINESS) : 870003274

**Identification du chirurgien-dentiste traitant**

Identifiant du praticien RPPS : 10102034286  
Identifiant du praticien ADEL :  
N° de l'établissement (FINESS) : 870003274

**Identification du chirurgien-dentiste traitant**

Identifiant du praticien RPPS : 10102034286  
Identifiant du praticien ADEL :  
N° de l'établissement (FINESS) : 870003274

**Identification du chirurgien-dentiste traitant**

Identifiant du praticien RPPS : 10102034286  
Identifiant du praticien ADEL :  
N° de l'établissement (FINESS) : 870003274

**Identification du patient**  
 Nom et prénom : PRUVOST JOSIANE      Date de naissance : 02/09/1949  
 N° de Sécurité sociale du patient : 249097841944678

SERVICE COURANT  
 14 NOV. 2008

**Identification du patient**  
 Nom et prénom : PRUVOST JOSIANE      Date de naissance : 02/09/1949  
 N° de Sécurité sociale du patient : 249097841944678

SERVICE COURANT  
 14 NOV. 2008

**Identification du patient**  
 Nom et prénom : PRUVOST JOSIANE      Date de naissance : 02/09/1949  
 N° de Sécurité sociale du patient : 249097841944678

SERVICE COURANT  
 14 NOV. 2014

**Identification du patient**  
 Nom et prénom : PRUVOST JOSIANE      Date de naissance : 02/09/1949  
 N° de Sécurité sociale du patient : 249097841944678

SERVICE COURANT  
 14 NOV. 2008

**Identification du patient**  
 Nom et prénom : PRUVOST JOSIANE      Date de naissance : 02/09/1949  
 N° de Sécurité sociale du patient : 249097841944678

SERVICE COURANT  
 14 NOV. 2008

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes										
N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Panier (****)	Montant des honoraires	Base de remboursement AMO ou NR	Montant du remboursement TP AMO	Montant du remboursement TP AMC	Reste à charge
1	47, 44, 45, 46, 41, 31, 32, 34, 35, 36, 37	HBLD215	Prothèse amovible transitoire	1, 1, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2	1	490,00	150,50	90,30	0,00	399,70
TOTAL € (des actes envisagés)						490,00	150,50	90,30	0,00	399,70

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes										
N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Panier (****)	Montant des honoraires	Base de remboursement AMO ou NR	Montant du remboursement TP AMO	Montant du remboursement TP AMC	Reste à charge
1	47, 44, 45, 46, 41, 31, 32, 34, 35, 36, 37	HBLD215	Prothèse amovible transitoire	1, 1, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2	1	490,00	150,50	90,30	0,00	399,70
TOTAL € (des actes envisagés)						490,00	150,50	90,30	0,00	399,70

**Information Alternative thérapeutique** - en cas de reste à charge éventuel, une information sur les alternatives thérapeutiques 100% santé ou à défaut à entente directe modérée est donnée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet dans un devis distinct.

Actes sans reste à charge											
N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Montant des honoraires	Base de remboursement AMO ou NR	Montant du remboursement TP AMO	Montant du remboursement TP AMC	Reste à charge	Réalisé par votre praticien
TOTAL €						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Actes sans reste à charge											
N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Montant des honoraires	Base de remboursement AMO ou NR	Montant du remboursement TP AMO	Montant du remboursement TP AMC	Reste à charge	Réalisé par votre praticien
TOTAL €						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Actes en reste à charge modéré											
N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Montant des honoraires	Base de remboursement AMO ou NR	Montant du remboursement TP AMO	Montant du remboursement TP AMC	Reste à charge	Réalisé par votre praticien
TOTAL €						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Actes en reste à charge modéré											
N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Montant des honoraires	Base de remboursement AMO ou NR	Montant du remboursement TP AMO	Montant du remboursement TP AMC	Reste à charge	Réalisé par votre praticien
TOTAL €						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

## NOTE EXPLICATIVE :

Ce devis s'applique à tout traitement, pour lequel un dispositif médical sur mesure est nécessaire (prothèse dentaire essentiellement). Le chirurgien-dentiste vous précisera la durée de validité de ce devis.

Votre chirurgien-dentiste vous informera des différentes possibilités de traitement qui vous sont offertes.

Si vous désirez transmettre ce devis à votre organisme complémentaire, vous pouvez renseigner le pavé correspondant.

Dans ce devis, le chirurgien-dentiste décrit le traitement qu'il vous propose ainsi que les différents matériaux utilisés. Il vous précise la nature de l'acte conformément à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou pour les actes d'orthodontie, à la Nomenclature Générale des Actes et Prestations (NGAP). Lorsqu'un acte est non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire, le chirurgien-dentiste indique dans la colonne D, réservée à la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire la mention « NR » (Non Remboursable).

Le chirurgien-dentiste doit indiquer le lieu de fabrication du dispositif médical (exemple : couronne), qui peut être :

- en France
- au sein de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen (EEE), en Suisse
- hors de l'Union européenne, le pays sera alors précisé

En cas de sous-traitance de la fabrication du dispositif par le fournisseur, le chirurgien-dentiste en précisera le lieu.

Une déclaration de conformité du dispositif médical, garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, vous sera remise en fin de traitement.

Ce devis vous informera du coût des traitements proposés par votre chirurgien-dentiste.

**« Afin de pouvoir commencer la réalisation de vos travaux prothétiques, le versement d'un acompte vous sera demandé lors de la réalisation des empreintes »**

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement  
Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux)

Signature du Chirurgien-dentiste



## Déclaration de consentement éclairé

Je soussigné(e) PRUVOST JOSIANE

Reconnais avoir été informé(e) par le Docteur ALMEIDA Paulo

Sur mon plan de traitement.

SERVICE COURRIER LE  
14 NOV. 2023

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 ST JUNIEN, le 09/11/2023

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

	Couronne (Prothèse fixe)	Bridge ou pont dentaire (Prothèse fixe)	Prothèse sur implants (Prothèse fixe)	Prothèse amovible partielle métallique	Prothèse amovible partielle en résine	Prothèse amovible totale en résine
DEFINITION	Reconstitue artificiellement une dent délabrée qui risque d'éclater. Après préparation, le moignon restant est recouvert par une couronne qui reprend la forme et la fonction de la dent initiale. Parfois associée à un pivot scellé dans la racine quand la dent est très délabrée.	Permet de remplacer une ou plusieurs dents absentes en s'appuyant de part et d'autres sur les dents adjacentes appelées piliers de bridge.	L'implant est une racine (vis) artificielle en titane insérée dans l'os qui remplace la racine extraite. Un pivot et une couronne sont ensuite insérés dans et sur l'implant.	Remplace une ou plusieurs dents en s'appuyant sur la gencive et sur les dents restantes à l'aide de crochets.	Remplace une ou plusieurs dents en s'appuyant sur la gencive et sur les dents restantes à l'aide de crochets.	Remplace toute les dents en s'appuyant sur la gencive.
INDICATIONS	Dents abimées par des lésions carieuses ou fracturées (avec préservation de la racine)	Absences de dents Dents délabrées	Dents manquantes Maintien de prothèses amovibles par boutons-pression	Absence de dents par lésions carieuses ou maladies parodontales (os et gencives)	Absence de dents par lésions carieuses ou maladies parodontales (os et gencives)	Absence de dents par lésions carieuses ou maladies parodontales (os et gencives)
AVANTAGES	Protège la dent Discrète si en céramique (couleur émail) Fixe donc confortable	Permet de remplacer une ou plusieurs dents manquantes suivant le nombre de dents piliers utilisables Fixe donc confortable Esthétique en céramique	Alternative au bridge ou à la prothèse amovible en cas d'absence de pilier Esthétique en céramique Fixe donc confortable	Moins couteuse que les bridges Rapidité de réalisation Bonne prise en charge Réhabilitation de la fonction Plus fin, plus confortable, plus solide que les prothèses en résine	Moins couteuse que les bridges et les prothèses métalliques Rapidité de réalisation Bonne prise en charge Réhabilitation de la fonction	Esthétique Réalisation rapide Bonne prise en charge
INCONVENIENTS	Inesthétique si métallique sur dents antérieures	Taille et recouvrement des dents piliers parfois sains Prix parfois élevé selon la prise en charge	Acte chirurgical avec risques opératoires Non-intégration osseuse (3 à 5%) Lésions nerveuses ou sinusales Parfois greffe osseuse nécessaire Contre-indications: maladie cardiaque, tabagisme, diabète non équilibré	Amovible donc moins confortable Les crochets ne sont pas esthétiques si ils sont positionnés sur les dents antérieures	Amovible donc moins confortable Les crochets ne sont pas esthétiques si ils sont positionnés sur les dents antérieures	Amovible donc moins confortable Stabilité difficile à obtenir
SPECIFICITES	Métallique: très solide peu onéreuse Céramo-métallique: bonne biocompatibilité, esthétique, blanche sur chape métallique plus chère que la métallique Céramo-céramique: pas de chape métal sous la céramique	Peut être réalisée tout en céramique, tout en acier, ou mixte	Implant en titane pur biocompatible Prise en charge minime par la sécurité sociale La participation des mutuelles se développe peu à peu	Châssis métallique (stellite) très solide et très fin qui sert de support à la résine (fausse gencive) et aux dents en résine	Résine plus fragile et plus épaisse que le métal des stellites	Peut-être stabilisée par la pose d'implants avec attachements de type bouton-pression
SUMI	Contrôle régulier de l'étanchéité du scellement. Respect des consignes d'hygiène	Contrôle régulier de l'étanchéité du scellement et de l'état des piliers Respect des consignes d'hygiène	Suivi rigoureux Nécessite hygiène parfaite Contrôle annuel	Au fil du temps la mâchoire se modifie et la prothèse perd de son efficacité Elle doit être nettoyée après chaque repas et portée de préférence 24h/24	Au fil du temps la mâchoire se modifie et la prothèse perd de son efficacité Elle doit être nettoyée après chaque repas et portée de préférence 24h/24	Au fil du temps la mâchoire se modifie et la prothèse perd de son efficacité Elle doit être nettoyée après chaque repas et portée de préférence 24h/24



BD 000  
6 rue Paul MOREL  
BP 80283  
70006 VESOUL CEDEX  
FEUILLET PATIENT

# **ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008114**

Valable du 14/11/2023 au 31/12/2023

**MME PRUVOST JOSIANE**

**4 ALL DU TERME ROUGE**

**87200 SAINT JULIEN**

## **CONTACT**

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 14 novembre 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 : **PRUVOST JOSIANE** Né(e) le : **02/09/1949**

N° Dossier : **N157476** N° S.S. : **2490978419446 78**

Date du devis : **14/11/2023**

Code Tiers National : **870003274**

**CLINIQUE DENTAIRE SAINT JUNIEN**  
**87200 SAINT JUNIEN**



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	490.00	47		150.50	90.30	399.70	0.00
<b>TOTAUX</b>	<b>490.00</b>				<b>90.30</b>	<b>399.70</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

BD 000  
6 rue Paul MOREL  
BP 80283  
70006 VESOUL CEDEX

## FEUILLET PRATICIEN (\*)

## ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008114

Valable du 14/11/2023 au 31/12/2023

CLINIQUE DENTAIRE SAINT JUNIEN

7B BD LOUIS BLANC

87200 SAINT JUNIEN

## CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 14 novembre 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 : **PRUVOST JOSIANE** Né(e) le : **02/09/1949**N° Dossier : **N157476** N° S.S. : **2490978419446 78**Date du devis : **14/11/2023**Code Tiers National : **870003274**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	490.00	47		150.50	90.30	399.70	0.00
<b>TOTAUX</b>	<b>490.00</b>				<b>90.30</b>	<b>399.70</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

15 DEC. 2023

**FACTURE ACQUITTÉE**

Edité le jeudi 7 septembre 2023 09:53

<b>Centre dentaire Mutualiste Saint-Junien</b> 7 bis boulevard Louis Blanc 87200 ST JUNIEN FRANCE Numéro de FINESS: 870003274 Téléphone: 05 55 02 22 30 / Fax: 05 55 02 73 64 <b>Praticien: Dr. ALMEIDA Paulo - Chirurgien dentiste</b> N° RPPS: 10102034286 N° Adeli:	<b>PRUVOST JOSIANE</b>  4 ALLEE DU TERME ROUGE 87200 SAINT JUNIEN  <b>Patient: PRUVOST JOSIANE</b> Numéro de dossier: 9761233 Né(e) le: 02/09/1949 Numéro Sécurité Sociale: 249097841944678  <b>Assuré:</b> Né(e) le: Numéro Sécurité Sociale: R.O: 018710000 - LIMOGES R.C: Numéro de contrat ou d'adhérent: Numéro PEC:
---	---

**Description détaillée des actes effectués:**

Date	Dent	Désignation des actes	Matériaux	Cotation	Regr.	BRSS	TP RO	TP RC	AES	Honoraires
07/09/23	2	Détartrage et polissage		HBJD001	AXI	28,92 €	20,24 €	0 €		28,92 €
TOTAL						28,92 €	20,24 €	0 €	0 €	28,92 €

Part R.O:	20,24 €
Part R.C:	0 €
Part AES:	0 €
Part à charge du patient:	8,68 €
Montant payé:	8,68 €
Mode de paiement:	Chèques Patient
Reste à payer:	0,00 €

L'assuré(e) donne pouvoir au Centre de Santé Dentaire pour percevoir auprès des Caisses d'Assurance Maladie, dans la limite de l'avance consentie le montant des prestations dues à l'occasion des services facturés. Au cas où le remboursement serait refusé pour tout ou partie par les caisses, le soussigné s'engage à s'acquitter envers le Cabinet de la dette dont il se reconnaît personnellement responsable. Il déclare en outre être acquéreur, de sa propre volonté, des prestations dont le prix dépasse le Tarif de Responsabilité Régime Obligatoire

Signature du patient ou de son représentant légal

15 DEC. 2023

Date facture: 02/11/2023  
Numéro Facture: F872014200  
Numéro FSE: 000120940  
Type: FSE  
Mode: Sécurisé

## FACTURE ACQUITTÉE

Edité le jeudi 9 novembre 2023 09:50

<p>Centre dentaire Mutualiste Saint-Junien</p> <p>7 bis boulevard Louis Blanc 87200 ST JUNIEN FRANCE</p> <p>Numéro de FINESS: 870003274 Téléphone: 05 55 02 22 30 / Fax: 05 55 02 73 64</p> <p>Praticien: Dr. ALMEIDA Paulo - Chirurgien dentiste N° RPPS: 10102034286 N° Adeli:</p>	<p>PRUVOST JOSIANE</p> <p>4 ALLEE DU TERME ROUGE 87200 SAINT JUNIEN</p> <p>Patient: PRUVOST JOSIANE Numéro de dossier: 9761233 Né(e) le: 02/09/1949 Numéro Sécurité Sociale: 249097841944678</p> <p>Assuré: Né(e) le: Numéro Sécurité Sociale: R.O: 018714401 - LIMOGES R.C: Numéro de contrat ou d'adhérent: Numéro PEC:</p>
--	---

## Description détaillée des actes effectués:

Date	Dent	Désignation des actes	Matériaux	Cotation	Regr.	BRSS	TP RO	TP RC	AES	Honoraires
02/11/23	44	Avulsion simple		HBGD036	ASC	39,00 €	23,40 €	0 €		39,00 €
02/11/23	44	Radio rétroalvéolaire/diagnostic		HBQK389	AID	7,98 €	4,79 €	0 €		7,98 €
TOTAL						46,98 €	28,19 €	0 €	0 €	46,98 €

Part R.O:	28,19 €
Part R.C:	0 €
Part AES:	0 €
Part à charge du patient:	18,79 €
Montant payé:	18,79 €
Mode de paiement:	Cartes Bancaires
Reste à payer:	0,00 €

L'assuré(e) donne pouvoir au Centre de Santé Dentaire pour percevoir auprès des Caisses d'Assurance Maladie, dans la limite de l'avance consentie le montant des prestations dues à l'occasion des services facturés. Au cas où le remboursement serait refusé pour tout ou partie par les caisses, le soussigné s'engage à s'acquitter envers le Cabinet de la dette dont il se reconnaît personnellement responsable. Il déclare en outre être acquéreur, de sa propre volonté, des prestations dont le prix dépasse le Tarif de Responsabilité Régime Obligatoire

Signature du patient ou de son représentant légal

FACTURE ACQUITTÉE

SERVICE COURRIER LE

15 DEC. 2023

Date facture: 09/11/2023  
Numéro Facture: F872014281  
Numéro FSE: 000121489  
Type: FSE  
Mode: Sécurisé

**FACTURE ACQUITTÉE**

Edité le jeudi 9 novembre 2023 09:50

<b>Centre dentaire Mutualiste Saint-Junien</b> 7 bis boulevard Louis Blanc 87200 ST JUNIEN FRANCE Numéro de FINESS: 870003274 Téléphone: 05 55 02 22 30 / Fax: 05 55 02 73 64 <b>Praticien: Dr. ALMEIDA Paulo - Chirurgien dentiste</b> N° RPPS: 10102034286 N° Adeli:	<b>PRUVOST JOSIANE</b>  4 ALLEE DU TERME ROUGE 87200 SAINT JUNIEN  <b>Patient: PRUVOST JOSIANE</b> Numéro de dossier: 9761233 Né(e) le: 02/09/1949 Numéro Sécurité Sociale: 249097841944678  <b>Assuré:</b> Né(e) le: Numéro Sécurité Sociale: R.O: 018714401 - LIMOGES R.C: Numéro de contrat ou d'adhérent: Numéro PEC:
---	---

**Description détaillée des actes effectués:**

Date	Dent	Désignation des actes	Matériaux	Cotation	Regr.	BRSS	TP RO	TP RC	AES	Honoraires
09/11/23	34 35 36 37	Avulsion simple		HBGD489	ASC	93,00 €	55,80 €	0 €		93,00 €
<b>TOTAL</b>						93,00 €	55,80 €	0 €	0 €	93,00 €

<b>Part R.O:</b>	<b>55,80 €</b>
<b>Part R.C:</b>	<b>0 €</b>
<b>Part AES:</b>	<b>0 €</b>
<b>Part à charge du patient:</b>	<b>37,20 €</b>
<b>Montant payé:</b>	<b>37,20€</b>
<b>Mode de paiement:</b>	<b>Cartes Bancaires</b>
<b>Reste à payer:</b>	<b>0,00€</b>

L'assuré(e) donne pouvoir au Centre de Santé Dentaire pour percevoir auprès des Caisses d'Assurance Maladie, dans la limite de l'avance consentie le montant des prestations dues à l'occasion des services facturés. Au cas où le remboursement serait refusé pour tout ou partie par les caisses, le soussigné s'engage à s'acquitter envers le Cabinet de la dette dont il se reconnaît personnellement responsable. Il déclare en outre être acquéreur, de sa propre volonté, des prestations dont le prix dépasse le Tarif de Responsabilité Régime Obligatoire

Signature du patient ou de son représentant légal

**FACTURE ACQUITTÉE**

15 DEC. 2023

**FACTURE ACQUITTÉE**

Edité le lundi 13 novembre 2023 10:56

Centre dentaire Mutualiste Saint-Junien 7 bis boulevard Louis Blanc 87200 ST JUNIEN FRANCE Numéro de FINESS: 870003274 Téléphone: 05 55 02 22 30 / Fax: 05 55 02 73 64 <b>Praticien: Dr. ALMEIDA Paulo - Chirurgien dentiste</b> N° RPPS: 10102034286 N° Adeli:	<b>PRUVOST JOSIANE</b>  4 ALLEE DU TERME ROUGE 87200 SAINT JUNIEN  <b>Patient: PRUVOST JOSIANE</b> Numéro de dossier: 9761233 Né(e) le: 02/09/1949 Numéro Sécurité Sociale: 249097841944678  <b>Assuré:</b> Né(e) le: Numéro Sécurité Sociale: R.O: 018714401 - LIMOGES R.C: Numéro de contrat ou d'adhérent: Numéro PEC:
--	---

**Description détaillée des actes effectués:**

Date	Dent	Désignation des actes	Matériaux	Cotation	Regr.	BRSS	TP RO	TP RC	AES	Honoraires
13/11/23	32	Avulsion simple		HBGD036	ASC	39,00 €	23,40 €	0 €		39,00 €
13/11/23	32	Radio rétroalvéolaire/diagnostic		HBQK389	AID	7,98 €	4,79 €	0 €		7,98 €
<b>TOTAL</b>						<b>46,98 €</b>	<b>28,19 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>46,98 €</b>

<b>Part R.O:</b>	<b>28,19 €</b>
<b>Part R.C:</b>	<b>0 €</b>
<b>Part AES:</b>	<b>0 €</b>
<b>Part à charge du patient:</b>	<b>18,79 €</b>
<b>Montant payé:</b>	<b>18,79 €</b>
<b>Mode de paiement:</b>	<b>Cartes Bancaires</b>
<b>Reste à payer:</b>	<b>0,00 €</b>

L'assuré(e) donne pouvoir au Centre de Santé Dentaire pour percevoir auprès des Caisses d'Assurance Maladie, dans la limite de l'avance consentie le montant des prestations dues à l'occasion des services facturés. Au cas où le remboursement serait refusé pour tout ou partie par les caisses, le soussigné s'engage à s'acquitter envers le Cabinet de la dette dont il se reconnaît personnellement responsable. Il déclare en outre être acquéreur, de sa propre volonté, des prestations dont le prix dépasse le Tarif de Responsabilité Régime Obligatoire

Signature du patient ou de son représentant légal

15 DEC. 2023

**RECU DE REGLEMENT**  
**TYPE DU MOUVEMENT: CREATION ACOMPTE**

<b>Identification de la structure:</b> Cabinet: Centre dentaire Mutualiste Saint-Junien Adresse: 7 bis boulevard Louis Blanc, 87200 ST JUNIEN FRANCE Tél: 05 55 02 22 30 Numéro de la structure(AM, FINESS ou RSIRET): FINESS 870003274	<b>Identification du patient:</b> PRUVOST JOSIANE N° de Sécurité sociale de l'assuré: 249097841944678  87200 SAINT JUNIEN Payeur: PRUVOST JOSIANE Operateur: Carole
---	---

**Description détaillée du règlement**

Praticien	RPPS	Numéro de facture	Bénéficiaire	Montant déjà payé
			<b>TOTAL</b>	130,00€
			<b>MODE PAIEMENT</b>	Cartes Bancaires
			<b>DATE PAIEMENT</b>	21/11/2023

15 DEC. 2023

Date facture: 12/12/2023

Numéro Facture: F872014743

Numéro FSE: 000123939

Type: FSE

Mode: Sécurisé

**FACTURE ACQUITTÉE**

Edité le mardi 12 décembre 2023 15:14

<b>Centre dentaire Mutualiste Saint-Junien</b> 7 bis boulevard Louis Blanc 87200 ST JUNIEN FRANCE Numéro de FINESS: 870003274 Téléphone: 05 55 02 22 30 / Fax: 05 55 02 73 64 <b>Praticien: Dr. ALMEIDA Paulo - Chirurgien dentiste</b> N° RPPS: 10102034286 N° Adeli:	<b>PRUVOST JOSIANE</b>  4 ALLEE DU TERME ROUGE 87200 SAINT JUNIEN  <b>Patient: PRUVOST JOSIANE</b> Numéro de dossier: 9761233 Né(e) le: 02/09/1949 Numéro Sécurité Sociale: 249097841944678  <b>Assuré:</b> Né(e) le: Numéro Sécurité Sociale: R.O: 018714401 - LIMOGES R.C: Numéro de contrat ou d'adhérent: Numéro PEC:
---	---

## Description détaillée des actes effectués:

Date	Dent	Désignation des actes	Matériaux	Cotation	Regr.	BRSS	TP RO	TP RC	AES	Honoraires
12/12/23	47 44 45 46 41 31 32 34 35 36 37	Prothèse amovible transitoire	Résine Dent NF en ISO 22112	HBLD215	PT0	150,50 €	90,30 €	0 €		490,00 €
<b>TOTAL</b>						150,50 €	90,30 €	0 €	0 €	490,00 €

Part R.O:	90,30 €
Part R.C:	0 €
Part AES:	0 €
<b>Part à charge du patient:</b>	<b>399,70 €</b>
Montant payé:	399,70 €
Mode de paiement:	Cartes Bancaires
Reste à payer:	0,00 €

L'assuré(e) donne pouvoir au Centre de Santé Dentaire pour percevoir auprès des Caisses d'Assurance Maladie, dans la limite de l'avance consentie le montant des prestations dues à l'occasion des services facturés. Au cas où le remboursement serait refusé pour tout ou partie par les caisses, le soussigné s'engage à s'acquitter envers le Cabinet de la dette dont il se reconnaît personnellement responsable. Il déclare en outre être acquéreur, de sa propre volonté, des prestations dont le prix dépasse le Tarif de Responsabilité Régime Obligatoire

Signature du patient ou de son représentant légal

MUTUALITÉ  
FRANÇAISE

LIMOUSINE

**CENTRE DENTAIRE MUTUALISTE****Dr Paulo CHAVES ALMEIDA****CHIRURGIEN DENTISTE**

N° RPPS : 10102034286

7 bis, boulevard Louis Blanc

87200 SAINT-JUNIEN

Tél : 05 55 02 22 30

Fax : 05 55 02 73 64