



Membre de l'Alliance Mutualiste

## MANDAT DE TRANSMISSION

RESTAURER LA CONFIANCE ASSURÉ – DENTISTE – PROTHÉSISTE – MUTUELLE

**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 : BELLENEY Prénom : SYLVIE

Adresse : 6 RUE D'ARPE

CP 70150 Ville : AVRIGNEY VIREY

Téléphone : 03.84.31.91.01 mail : sbelleney@chu-besancon.fr

Numéro adhérent : N160165

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  
MMC - 6 rue Paul Morel - 70000 VESOUL**

Fait à : .....

Le : .....

**SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE DES SOINS  
(ou de son représentant légal) (OBLIGATOIRE)**

**À LA RÉCEPTION DE CE MANDAT, LA MUTUELLE PRENDRA CONTACT AVEC VOTRE DENTISTE**

## 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
<b>IMPLANTS</b>	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
<b>PROTHESES sur IMPLANTS</b> <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
<b>MALADIE PARODONTALE</b> <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
<b>ORTHODONTIE ADULTE</b> <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
<b>PROTHESES</b> <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
<b>INLAY-ONLAY</b>	Transmettre le devis de votre dentiste		Transmettre la déclaration de conformité	Transmettre votre facture nominative, détaillée acquittée
<b>PROTHESE AMOVIBLE TRANSITOIRE</b>	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)

1/2

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 et prénom : NADJIMBAYE REBECCA  
Identifiant du praticien RPPS : 1000082217 0 N° Adeli :  
N° de l'établissement (FINESS) : 70400309 4  
Tél / email : 03 84 31 94 70 -  
Raison sociale et adresse : Dr NADJIMBAY Rebecca  
ZI. des Vignes - 70150 MARNAY

**Identification du patient**

Nom et prénom : BELLENEY Sylvie Date de naissance : 19/05/1966  
N° de Sécurité Sociale du patient : 2660525056249 59

SERVICE COURRIER LE  
25 SEP. 2023

Date du devis : 12/09/2023

Valable jusqu'au (sous réserve de modification) : 31/12/2023

Ce devis contient 2 pages indissociables

Description du traitement proposé :

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 : **IRAECONIS**  
N° de contrat ou d'adhérent : **N 160165**  
Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

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

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

A l'issue du traitement, il vous sera remis une 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	Alliage 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	Polymères de base NF EN ISO 20795	6	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017
**** 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	Modéré	soumis à honoraires limites de facturation		selon le contrat du patient	
	3	Libre	honoraires libres		selon le contrat du patient	
Panier C2S	4	C2S	soumis à honoraires limites de facturation		pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S)	

**Identification du chirurgien-dentiste traitant**

N° Identifiant du praticien RPPS : 1000082217 0 N° Adeli :  
N° de l'établissement (FINESS) : 70400309 4

**Identification du patient**

Nom et prénom : BELLENEY Sylvie Date de naissance : 19/05/1966  
N° de Sécurité Sociale du patient : 2660525056249 59

2/2

**Traitement proposé**

N° de traitement	N° de 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 Ass. Maladie Obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie Obligatoire
1	23,25,27,	HBLD364	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents		1	275.00	275,00	64,50	45,15	229,85
2	23,25,27,	HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents		2	1100.00	1 100,00	193,50	135,45	964,55
3	34,35,36,44, 45,46,47,	HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents		2	1315.00	1 315,00	236,50	165,55	1 149,45
<b>TOTAL € (des actes envisagés)</b>							<b>2 690,00</b>	<b>494,50</b>	<b>346,15</b>	<b>2 343,85</b>

**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° de 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 Assurance maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien
------------------	----------------------------	------------------------------------	------------------	-------------------------	----------------------------------	---	---	---	---	-----------------------------

**Actes en reste à charge modéré**

N° de traitement	N° de 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 Assurance maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien
------------------	----------------------------	------------------------------------	------------------	-------------------------	----------------------------------	---	---	---	---	-----------------------------

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



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

**ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223006967**

Valable du 26/09/2023 au 25/12/2023

**M BELLENEY MAURICE**

**6 RUE D'ARPE**

**70150 AVRIGNEY VIREY**

**CONTACT**

**Ligne Directe : 03.84.75.22.52**

**Fax : 03.84.75.20.21**

**E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com**

Vesoul, le 26 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 : **BELLENEY SYLVIE** Né(e) le : **19/05/1966**

N° Dossier : **N160165** N° S.S. : **2660525056249 59**

Date du devis : **26/09/2023**

Code Tiers National : **704003094**

**Dr Rebecca NADJIMBAYE**  
**70150 MARNAY**



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>
Proth. amo tran RACO 1	275.00	23		64.50	45.15	229.85	0.00
Proth. amov. RAC modéré 1	1100.00	23		193.50	135.45	445.05	519.50
Proth. amov. RAC modéré 1	1315.00	34		236.50	165.55	543.95	605.50
<b>TOTAUX</b>	<b>2690.00</b>				<b>346.15</b>	<b>1218.85</b>	<b>1125.00</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

MMC  
6 rue Paul MOREL  
BP 80283  
70006 VESOUL CEDEX

## FEUILLET PRATICIEN (\*)

## ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223006967

Valable du 26/09/2023 au 25/12/2023

Dr Rebecca NADJIMBAYE

ZA Espace Les Vignes  
70150 MARNAY

## CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 26 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 : BELLENEY SYLVIE Né(e) le : 19/05/1966

N° Dossier : N160165 N° S.S. : 2660525056249 59

Date du devis : 26/09/2023

Code Tiers National : 704003094

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 RAC0 1	275.00	23		64.50	45.15	229.85	0.00
Proth. amov. RAC modéré 1	1100.00	23		193.50	135.45	445.05	519.50
Proth. amov. RAC modéré 1	1315.00	34		236.50	165.55	543.95	605.50
<b>TOTAUX</b>	<b>2690.00</b>				<b>346.15</b>	<b>1218.85</b>	<b>1125.00</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

**Adhérent n° N160165**

M. MAURICE BELLENEY

Email : sbelleney@chu-besancon.fr

Tel : 06 31 61 45 75

Mutuelle : MMC

Cet échange a été résolu par :

Angélique CASTELLETTI le 20/10/2023 à 14:51

**Bénéficiaires**

M. MAURICE BELLENEY (CF)

Né(e) le 17/07/1964

Mme SYLVIE BELLENEY (CJ)

Né Bonjour Madame BELLENEY

**Ce message s'adresse au service dentaire**  
demande du 20/10/2023



**C** Nous venons de recevoir de la part de la sécurité sociale, le décompte de remboursement pour les soins dentaire du 12/10/2023

**G** Nous vous informons que notre remboursement interviendra sous réserve de la réception d'une déclaration de conformité (à demander à votre  
**D** Praticien, à l'issue du plan de traitement) ainsi que 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

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

Cordialement,  
Angélique.

20/10/2023

écrit par Angélique CASTELLETTI

# FACTURE DE TRAITEMENT PROTHETIQUE

et autres actes pouvant faire l'objet d'une Entente Directe (art 6 & 7)

**Docteur NADJIMBAYE REBECCA**  
CHIRURGIEN DENTISTE

-----  
ZA Espace les Vignes  
70150 MARNAY  
Tel : 03 84 31 94 70  
Fax : 03 84 31 94 81  
-----

1000082217 0

SERVICE COURRIER LE

07 DEC. 2023

Date : le 22/11/2023

Nom et prénom du patient : Mme BELLENEY Sylvie 266 05 25 056 249 59

N° Adhérent N 160165  
N° AMC 778542852

Qt	Désignation	Dent	LClé & Coeff	Base RemSS	Honoraires
1	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents	23,25,	HBLD 364	64.50	275.00

Commentaires :

Montant des honoraires : 275.00 €

Montant de la base de remboursement : 64.50 €

ACQUITTE

Signature du praticien

Docteur Rebecca NADJIMBAYE  
19 - Chirurgien-Dentiste Conventionné  
Zone Artisanale  
Espace les Vignes  
70150 Marnay  
=> 70 4 00309 4 00 1 20 1 19  
SAB CONV ZID IK SPEC