

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 : MEYNARD Prénom : CLAIRE

Adresse : 35 CHATEAU DU POMMIER

CP 33240 Ville : VERAC

Téléphone : 06.76.35.76.31 mail : meynard.gilbert@orange.fr

Numéro adhérent : R000979

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

MEYNARD Claire
35 Château de Pommiers
33240 Véac

N° adhérent: R000979

N° ANC: 778542852

SERVICE COURRIER LE

26 OCT. 2023

Le 23 Octobre 2023

Monsieur ou Madame

Je vous transmets un devis dentaire me concernant:
j'aimerais connaître le montant chiffré de votre
participation, ainsi, que si possible combien la
Sécurité Sociale me remboursera hors 100% santé et avec
le 100% Santé. Veuillez s'il vous plaît m'indiquer
quel sera le montant de ma participation financière
après le remboursement de la Sécurité Sociale et votre
remboursement de mutuelle.

Avec mes remerciements, je vous prie d'agréer
Monsieur ou Madame l'expression de mes salutations
distinguées

C Meynard

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 et prénom : REGNIER ANNE
Identifiant du praticien RPPS : 1000514184 0 N° Adeli :
N° de l'établissement (FINESS) : 33400430 6
Tél / email : 05 57 51 72 50 -
Raison sociale et adresse : Lebreton
42 rue lamothe - 33500 LIBOURNE

SERVICE COURRIER LE
26 OCT. 2023

Date du devis : 10/10/2023

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

Ce devis contient 2 pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : MEYNARD Claire Date de naissance : 13/05/1942
N° de Sécurité Sociale du patient : 2420541167012 38

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 :
N° de contrat ou d'adhérent :
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

Codes		Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire	
**** Paniers	1	100% Santé	soumis à honoraires limites de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat d'it responsable	
	2	Moderé	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 : 1000514184 0 N° Adeli :
N° de l'établissement (FINESS) : 33400430 6

Identification du patient
Nom et prénom : MEYNARD Claire Date de naissance : 13/05/1942
N° de Sécurité Sociale du patient : 2420541167012 38

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	34,35,36,37, 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
2	14,15,16,17,	HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents		2	1200.00	1 200.00	204,25	142,98	1 057,02
3	34,35,36,37, 45,46,47,	HBLD123	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents		1	450.00	450.00	107,50	75,25	374,75
4	14,15,16,17,	HBLD476	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 4 dents		1	310.00	310.00	75,25	52,68	257,32
TOTAL € (des actes envisagés)									436,46	2 838,54

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
			SERVICE COURRIER							

26 OCT. 2023

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
Dr Anne REIGNIER
CHIRURGIEN DENTISTE
42, rue de la Mothe
33500 MÉRIGNES
Tél : 05 57 51 72 50
33 4 00 43 0 6

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

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223007739

Valable du 27/10/2023 au 26/01/2024

MME MEYNARD CLAIRE

35 CHATEAU DU POMMIER

33240 VERAC

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 27 octobre 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 : **MEYNARD CLAIRE** Né(e) le : **13/05/1942**

N° Dossier : **R000979** N° S.S. : **2420541167012 38**

Date du devis : **27/10/2023**

Code Tiers National : **334004306**

DR REGNIER ANNE
33500 LIBOURNE



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. amov. RAC modéré 1	1315.00	34		236.50	141.90	354.75	818.35
Proth. amov. RAC modéré 1	1200.00	14		204.25	122.55	306.38	771.07
Proth. amo tran RAC0 1	450.00	34		107.50	64.50	385.50	0.00
Proth. amo tran RAC0 1	310.00	14		75.25	45.15	264.85	0.00
TOTAUX	3275.00				374.10	1311.48	1589.42

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

PRAECONIS
6 rue Paul MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

FEUILLET PRATICIEN (*)

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223007739

Valable du 27/10/2023 au 26/01/2024

DR REGNIER ANNE

42 RUE LAMONTHE

33500 LIBOURNE

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 27 octobre 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 : **MEYNARD CLAIRE** Né(e) le : **13/05/1942**

N° Dossier : **R000979** N° S.S. : **2420541167012 38**

Date du devis : **27/10/2023**

Code Tiers National : **334004306**

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. amov. RAC modéré 1	1315.00	34		236.50	141.90	354.75	818.35
Proth. amov. RAC modéré 1	1200.00	14		204.25	122.55	306.38	771.07
Proth. amo tran RAC0 1	450.00	34		107.50	64.50	385.50	0.00
Proth. amo tran RAC0 1	310.00	14		75.25	45.15	264.85	0.00
TOTAUX	3275.00				374.10	1311.48	1589.42

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

MEYNARD. Claire
35 Château de Pommeiers
33240 Viçac
meynard.gilbert@orange.fr
Numéro adhérent: R000979

Le 21 Novembre 2023

SERVICE COURRIER LE Monsieur. Madame

23 NOV. 2023

Suite à votre courrier, j'ai transmis à ma dentiste votre demande de renseignements. Celle-ci m'a fourni l'image de ma radio dentaire. Elle affirme qu'elle n'a pas à répondre à toute demande complémentaire car tous les renseignements figurent sur son devis: nom-prénom du praticien avec ses coordonnées et le montant de son devis.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'indiquer rapidement à quels montants de remboursement de la Sécurité Sociale et de votre part, j'aurais droit sur ce devis.

En espérant une rapide réponse, je vous prie d'agréer, Monsieur, Madame à l'expression de mes salutations distinguées

C Meynard

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)

Le 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 : REGNIER ANNE
N° de l'établissement (FINESS) : 33400430 6
N° de Sécurité Sociale du patient : 2420541167012 38
N° de devis : 10/10/2023
Date de modification : 31/12/2023
Le devis contient 2 pages indissociables
Description du traitement proposé :
N° de contrat ou d'adhérent : R 000 939
Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

Identification du patient

Nom et prénom : MEYNARD Claire Date de naissance : 13/05/1942
N° de Sécurité Sociale du patient : 2420541167012 38

3 NOV. 2023
SERVICE COURRIER LE

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 : *Prac-concils*
N° de contrat ou d'adhérent : *R 000 939*
Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

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

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)

Inde explicative du devis :

* Hors Nomenclature
* Montants remboursés et non remboursés du régime obligatoire informatifs, la prise en charge définitive est définie à la réalisation de l'acte.

** Matériaux et normes	1	2	3	4
	Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	Alliage non précieux ISO 22674 2016	Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017
	Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	Polymères de base NF EN ISO 20795		

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
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 : 1000514184 0 N° Adeli :
N° de l'établissement (FINISS) : 33400430 6

Identification du patient

Nom et prénom : MEYNARD Claire Date de naissance : 13/05/1942
N° de Sécurité Sociale du patient : 2420541167012 38

2/2

traitement proposé

N° site-ient	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	34, 35, 36, 37, 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
2	14, 15, 16, 17,	HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents		2	1200,00	1 200,00	204,25	142,98	1 057,02
3	34, 35, 36, 37, 45, 46, 47,	HBLD123	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents		1	450,00	450,00	107,50	75,25	374,75
4	14, 15, 16, 17,	HBLD476	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 4 dents		1	310,00	310,00	75,25	52,68	257,32
TOTAL € (des actes envisagés)								623,50	436,46	2 838,54

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.

es sans reste à charge

le e- nt	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
----------	----------------------------	------------------------------------	------------------	-------------------------	----------------------------------	---	---	--	---	-----------------------------

as en reste à charge modéré

e e- it	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
---------	----------------------------	------------------------------------	------------------	-------------------------	----------------------------------	---	---	--	---	-----------------------------

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

Signature du Chirurgien-dentiste

Dr Anne REGNIER
CHIRURGIEN DENTISTE
42, rue Lamothé
33500 BORNE

16/05/2023 17:51:72 50
33 4 00480 6

SERVICE COURRIER LE
23 NOV. 2023

SERVICE COURRIER LE

23 NOV. 2023



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 Chirurgiens-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 : MEYNARD

Prénom : CLAIRE

Adresse : 35 CHATEAU DU POMMIER

CP 33240 Ville : VERAC

Téléphone : 06.76.35.76.31

mail : meynard.gilbert@orange.fr

Numéro adhérent : R000979

Concernant mon plan de traitement : ☐ Implantologie ☒ Prothèses ☐ Maladie Parodontale ☐ Orthodontie Dento-faciale

SERVICE COURRIER LE
 23 NOV. 2023

(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 radio panoramique 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 radio panoramique 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 radio panoramique 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

SERVICE COURRIER LE
23 NOV. 2023



SERVICE COURRIER LE
23 NOV. 2023

MA MESSAGERIE

2023



✓ A propos d'un remboursement

8 novembre

✓ Nouveau message de votre mutuelle

7 novembre

✓ Le service dentaire

27 octobre

Le service dentaire

27 octobre

our Madame MEYNARD,

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

de faciliter votre parcours Dentaire et vous apporter un meilleur service, vous trouverez ci-joint, un mandat de transmission par lequel nous autorisez à contacter directement votre praticien afin obtenir les pièces ci-dessous, nécessaires au traitement de votre dossier.

pouvez :

t nous retourner ce mandat complété et signé, et notre service Dentaire prendra alors contact avec votre praticien, t nous transmettre vous-même les pièces ci-dessous (à demander à votre praticien)

vous informons que notre remboursement interviendra sous réserve de la réception d'une déclaration de conformité (à demander à Praticien, à l'issue du plan de traitement).

ocument devra comporter les mentions suivantes :

- nom du Laboratoire
- nom du patient
- date
- matière
- classification
- nom du fabricant
- Norme et le lot
- numéro de dent
- en souhaitant bonne réception

ialement,
ie.

estation-dentaire-r000979--meynard--claire--13_05_1942--35-chateau-du-pommier--2420541167012-.pdf
estation-dentaire-r000979--meynard--claire--13_05_1942--35-chateau-du-pommier--2420541167012--1.pdf
une semaine

