

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 : CHATEL Prénom : SANDRA

Adresse : 8 RUE MARIE CURIE

CP 91380 Ville : CHILLY MAZARIN

Téléphone : 07.65.20.17.54 mail : chatelsandra@yahoo.fr

Numéro adhérent : N169691

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 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 : COHEN Patrick
Identifiant du praticien RPPS : 10000065804
Identifiant du praticien ADEL : 914704796
N° de l'établissement (FINESS) :
Raison sociale et adresse : SELARL DU DR COHEN PATRICK - 17 AVENUE MAZARIN - 91380 CHILLY MAZARIN

Numéro du devis : 6565918
Date du devis : 30/11/2023
Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 30/05/2024
Ce devis contient 2 pages indissociables
Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : CHATEL SANDRA Date de naissance : 24/08/1982
N° de Sécurité sociale du patient : 282089741149761
Adresse du patient : 8 rue marie curie -
91380 CHILLY MAZARIN

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 :

☒ en France ☐ au sein de l'Union Européenne ☐ hors Union Européenne (Pays) :

☒ 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) :

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	Composite	2	Céramo-Métallique Non Précieux NF en ISO 9693 2000	3	Résine Dent NF en ISO 22112
					4	Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22674
	5	Céramique Monolithique Zircone				

**** 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
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient

Panier CSS	4	CSS	soumis a honoraires limites de facturation	pour les assures benefciaires de la Complementaire Sante Solidaire (CSS)
------------	---	-----	--	--

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien RPPS : 10000065804

Identifiant du praticien ADEL : 914704796

N° de l'établissement (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : CHATEL SANDRA

Date de naissance : 24/08/1982

N° de Sécurité sociale du patient : 282089741149761

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 (***)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO(***)	Montant non remboursé AMO
1	24	HBMD351	Inlay Onlay	1	2		350,00	100,00	60,00	290,00
2	25	HBMD351	Inlay Onlay	1	2		350,00	100,00	60,00	290,00
3	16	HBMD351	Inlay Onlay	1	2		350,00	100,00	60,00	290,00
4	14	HBLD634	Couronne	2	1		500,00	120,00	72,00	428,00
4	14	HBLD490	Couronne transitoire	3	1		60,00	10,00	6,00	54,00
4	14	HBLD090	Inlay-core	4	1		175,00	90,00	54,00	121,00
5	17	HBGD027	Dépose couronne		3		100,00	0,00	0,00	100,00
6	17	HBLD734	Couronne	2	3		700,00	120,00	72,00	628,00
6	17	HBLD486	Couronne transitoire	3	3		100,00	10,00	6,00	94,00
6	17	HBLD245	Inlay-core	4	3		480,00	90,00	54,00	426,00
TOTAL € (des actes envisagés)							3 165,00	740,00	444,00	2 721,00

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	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO(***)	Montant non remboursé AMO	Réalisé par votre praticien
6	17	HBLD490	Couronne transitoire	3		60,00	10,00	6,00	0,00	Oui
6	17	HBLD090	Inlay-core	4		175,00	90,00	54,00	0,00	Oui
6	17	HBLD038	Couronne	4		290,00	120,00	72,00	0,00	Oui
TOTAL €						525,00	220,00	132,00	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	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO (***)	Montant non remboursé AMO	Réalisé par votre praticien
6	17	HBLD724	Couronne transitoire	3		60,00	10,00	6,00	0,00	Oui
6	17	HBLD745	Inlay-core	4		175,00	90,00	54,00	0,00	Oui
6	17	HBLD073	Couronne	5		440,00	120,00	72,00	0,00	Oui
TOTAL €						675,00	220,00	132,00	0,00	

« 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



**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 : 10000065804
Identifiant du praticien ADEL : 914704796
N° de l'établissement (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : CHATEL SANDRA Date de naissance : 24/08/1982
N° de Sécurité sociale du patient : 282089741149761

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 AMO	Montant du remboursement AMC	Reste à charge
1	24	HBMD351	Inlay Onlay	1	2	350,00	100,00	60,00	0,00	350,00
2	25	HBMD351	Inlay Onlay	1	2	350,00	100,00	60,00	0,00	350,00
3	16	HBMD351	Inlay Onlay	1	2	350,00	100,00	60,00	0,00	350,00
4	14	HBLD634	Couronne	2	1	500,00	120,00	72,00	0,00	500,00
4	14	HBLD490	Couronne transitoire	3	1	60,00	10,00	6,00	0,00	60,00
4	14	HBLD090	Inlay-core	4	1	175,00	90,00	54,00	0,00	175,00
5	17	HBGD027	Dépose couronne		3	100,00	0,00	0,00	0,00	100,00
6	17	HBLD734	Couronne	2	3	700,00	120,00	72,00	0,00	700,00
6	17	HBLD486	Couronne transitoire	3	3	100,00	10,00	6,00	0,00	100,00
6	17	HBLD245	Inlay-core	4	3	480,00	90,00	54,00	0,00	480,00
TOTAL € (des actes envisagés)						3 165,00	740,00	444,00	0,00	3 165,00

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 AMO	Montant du remboursement AMC	Reste à charge	Réalisé par votre praticien
6	17	HBLD490	Couronne transitoire	3		60,00	10,00	6,00	0,00	60,00	Oui
6	17	HBLD090	Inlay-core	4		175,00	90,00	54,00	0,00	175,00	Oui
6	17	HBLD038	Couronne	4		290,00	120,00	72,00	0,00	290,00	Oui
TOTAL €						525,00	220,00	132,00	0,00	525,00	

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 AMO	Montant du remboursement AMC	Reste à charge	Réalisé par votre praticien
6	17	HBLD724	Couronne transitoire	3		60,00	10,00	6,00	0,00	60,00	Oui
6	17	HBLD745	Inlay-core	4		175,00	90,00	54,00	0,00	175,00	Oui
6	17	HBLD073	Couronne	5		440,00	120,00	72,00	0,00	440,00	Oui
TOTAL €						675,00	220,00	132,00	0,00	675,00	

« 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) CHATEL SANDRA

Reconnais avoir été informé(e) par le Docteur COHEN Patrick

Sur mon plan de traitement.

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 CHILLY MAZARIN, le 30/11/2023

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

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

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008590

Valable du 05/12/2023 au 04/03/2024

MME CHATEL SANDRA

8 RUE MARIE CURIE

91380 CHILLY MAZARIN

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 5 décembre 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 : **CHATEL SANDRA** Né(e) le : **24/08/1982**

N° Dossier : **N169691** N° S.S. : **2820897411497 61**

Date du devis : **05/12/2023**

Code Tiers National : **914704796**

DR COHEN PATRICK
91380 CHILLY



Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Inlay onlay RAC M 2020 1	350.00	24		100.00	60.00	105.00	185.00
Inlay onlay RAC M 2020 1	350.00	25		100.00	60.00	105.00	185.00
Inlay onlay RAC M 2020 1	350.00	16		100.00	60.00	105.00	185.00
Prothèse fixe RAC 0 1	500.00	14		120.00	72.00	428.00	0.00
Cour. transit. RAC 0 1	60.00	14		10.00	6.00	54.00	0.00
Inlay core RAC 0 1	175.00	14		90.00	54.00	121.00	0.00
Proth fixe céram t.libre 1	700.00	17		120.00	72.00	528.00	100.00
Cour transitoire t. libre 1	100.00	17		10.00	6.00	44.00	50.00
Inlay Core tarif libre 1	480.00	17		90.00	54.00	108.00	318.00
TOTAUX	3065.00				444.00	1598.00	1023.00

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° 1223008590

Valable du 05/12/2023 au 04/03/2024

DR COHEN PATRICK

17 AV MAZARIN

91380 CHILLY

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 5 décembre 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 : **CHATEL SANDRA** Né(e) le : **24/08/1982**

N° Dossier : **N169691** N° S.S. : **2820897411497 61**

Date du devis : **05/12/2023**

Code Tiers National : **914704796**

Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Inlay onlay RAC M 2020 1	350.00	24		100.00	60.00	105.00	185.00
Inlay onlay RAC M 2020 1	350.00	25		100.00	60.00	105.00	185.00
Inlay onlay RAC M 2020 1	350.00	16		100.00	60.00	105.00	185.00
Prothèse fixe RAC 0 1	500.00	14		120.00	72.00	428.00	0.00
Cour. transit. RAC 0 1	60.00	14		10.00	6.00	54.00	0.00
Inlay core RAC 0 1	175.00	14		90.00	54.00	121.00	0.00
Proth fixe céram t.libre 1	700.00	17		120.00	72.00	528.00	100.00
Cour transitoire t. libre 1	100.00	17		10.00	6.00	44.00	50.00
Inlay Core tarif libre 1	480.00	17		90.00	54.00	108.00	318.00
TOTAUX	3065.00				444.00	1598.00	1023.00

Notre règlement ne pourra pas excéder le montant des frais réels, et se fait **uniquement** par virement bancaire ou postal.

Notre prise en charge sera plafonnée aux frais réellement engagés, après déduction du remboursement du régime obligatoire (pour les éléments remboursables uniquement) et des éventuels autres régimes complémentaires intervenant.

Sous réserve de la radiation du contrat, du paiement des cotisations et/ou de tout changement de la réglementation ou de produit et d'une facturation strictement identique au devis.

☐ **L'assuré demande la dispense d'avance de frais et le paiement direct au praticien pour la part remboursée par la mutuelle.**

Bon pour accord

Date

Signature de l'assuré

SERVICE DENTAIRE

(*) à retourner, daté, signé, au service dentaire en cas d'accord de tiers payant

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

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008591

Valable du 05/12/2023 au 04/03/2024

MME CHATEL SANDRA

8 RUE MARIE CURIE

91380 CHILLY MAZARIN

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 5 décembre 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 : **CHATEL SANDRA** Né(e) le : **24/08/1982**

N° Dossier : **N169691** N° S.S. : **2820897411497 61**

Date du devis : **05/12/2023**

Code Tiers National : **914704796**

DR COHEN PATRICK

91380 CHILLY



Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Cour. transit. RAC 0 1	60.00	17		10.00	6.00	54.00	0.00
Inlay core RAC 0 1	175.00	17		90.00	54.00	121.00	0.00
Prot fixe métal RAC0 1	290.00	17		120.00	72.00	218.00	0.00
TOTAUX	525.00				132.00	393.00	

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° 1223008591

Valable du 05/12/2023 au 04/03/2024

DR COHEN PATRICK

17 AV MAZARIN

91380 CHILLY

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 5 décembre 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 : **CHATEL SANDRA** Né(e) le : **24/08/1982**

N° Dossier : **N169691** N° S.S. : **2820897411497 61**

Date du devis : **05/12/2023**

Code Tiers National : **914704796**

Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Cour. transit. RAC 0 1	60.00	17		10.00	6.00	54.00	0.00
Inlay core RAC 0 1	175.00	17		90.00	54.00	121.00	0.00
Prot fixe métal RAC0 1	290.00	17		120.00	72.00	218.00	0.00
TOTAUX	525.00				132.00	393.00	

Notre règlement ne pourra pas excéder le montant des frais réels, et se fait **uniquement** par virement bancaire ou postal.

Notre prise en charge sera plafonnée aux frais réellement engagés, après déduction du remboursement du régime obligatoire (pour les éléments remboursables uniquement) et des éventuels autres régimes complémentaires intervenant.

Sous réserve de la radiation du contrat, du paiement des cotisations et/ou de tout changement de la réglementation ou de produit et d'une facturation strictement identique au devis.

☐ **L'assuré demande la dispense d'avance de frais et le paiement direct au praticien pour la part remboursée par la mutuelle.**

Bon pour accord

Date

Signature de l'assuré

SERVICE DENTAIRE

(*) à retourner, daté, signé, au service dentaire en cas d'accord de tiers payant

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

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223008592

Valable du 05/12/2023 au 04/03/2024

MME CHATEL SANDRA

8 RUE MARIE CURIE

91380 CHILLY MAZARIN

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 5 décembre 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 : **CHATEL SANDRA** Né(e) le : **24/08/1982**

N° Dossier : **N169691** N° S.S. : **2820897411497 61**

Date du devis : **05/12/2023**

Code Tiers National : **914704796**

DR COHEN PATRICK

91380 CHILLY



Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Cour. transit. RAC modéré 1	60.00	17		10.00	6.00	44.00	10.00
Inlay core RAC modéré 1	175.00	17		90.00	54.00	108.00	13.00
Cour. zircone RAC modéré 1	440.00	17		120.00	72.00	368.00	0.00
TOTAUX	675.00				132.00	520.00	23.00

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° 1223008592

Valable du 05/12/2023 au 04/03/2024

DR COHEN PATRICK

17 AV MAZARIN

91380 CHILLY

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.dentaire@praeconis.fr

Vesoul, le 5 décembre 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 : **CHATEL SANDRA** Né(e) le : **24/08/1982**

N° Dossier : **N169691** N° S.S. : **2820897411497 61**

Date du devis : **05/12/2023**

Code Tiers National : **914704796**

Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Cour. transit. RAC modéré 1	60.00	17		10.00	6.00	44.00	10.00
Inlay core RAC modéré 1	175.00	17		90.00	54.00	108.00	13.00
Cour. zircone RAC modéré 1	440.00	17		120.00	72.00	368.00	0.00
TOTAUX	675.00				132.00	520.00	23.00

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