

**CONVENTION DE REGLEMENT DIRECT
AU CENTRE DENTAIRE**

Entre :

.....

.....

.....

Représenté par

d'une part

et **La Mutuelle PREVADIES**
Groupe Harmonie Mutuelles
siège social : 143 rue Blomet à PARIS (75015)
siège administratif région est : 9-11 avenue du Rhin à LAXOU (54520)
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
N° d'immatriculation au Registre National des Mutuelles : 442224671

Ci après dénommée **la Mutuelle,**
représentée par Monsieur Jean-Luc GUILLOTIN, Directeur Général Délégué
dûment mandaté à cet effet,

d'autre part,

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 : Objet de la convention

Le Cabinet Dentaire et la Mutuelle conviennent d'organiser une procédure de dispense d'avance des frais pour le règlement de la part des dépenses de soins dentaires, radiologie, prothèses dentaires, et ODF restant due par les Mutualistes relevant du régime général de la Sécurité Sociale après la prise en charge par l'Assurance Maladie.

Article 2 : Ouverture des droits

Tout adhérent de la Mutuelle désirant bénéficier de la dispense d'avance de frais devra faire connaître au Cabinet Dentaire choisi, dès sa première visite, sa qualité de membre de la Mutuelle et d'assuré social en lui présentant :

- sa carte d'adhérent de la Mutuelle
- sa carte d'immatriculé social ou attestation carte VITALE

Ces deux documents devront faire état de l'ouverture des droits du patient à la date des soins ou à la date de la réalisation des actes de prothèse, s'il s'agit de ces travaux.

Article 3 : Remboursements et honoraires

Le Cabinet Dentaire et la Mutuelle conviennent de se référer expressément à la liste des actes de traitements bucco-dentaires annexée à la convention (annexe 1) et s'engagent à respecter les dispositions ci-après :

3.1. L'engagement de la Mutuelle n'est réputé acquis qu'après production et acceptation du devis par son chirurgien dentiste conseiller.

En cas d'acceptation du devis, la Mutuelle remboursera les traitements bucco-dentaires sur la base de la prise en charge délivrée. Le paiement s'effectuera suivant la procédure décrite au chapitre 5.

3.2 La participation de la Mutuelle intervient sous réserve :

- que la dispense d'avance de frais a été également pratiquée sur la part incombant au régime obligatoire
- que les dispositions de la présente convention aient été respectées
- que le bénéficiaire des soins soit toujours adhérent à la date d'achèvement des travaux et qu'il en atteste.

3.3 Pour les traitements bucco-dentaires énumérés à l'annexe 1, le chirurgien dentiste conseiller de la Mutuelle peut notifier un refus de prise en charge.

Article 4 : devis/notes d'honoraires

4.1. Obligations du Cabinet Dentaire

Un devis détaillé sera établi en trois exemplaires, un pour la Mutuelle, un pour le Cabinet Dentaire, un pour le bénéficiaire des soins.

Il devra être daté et signé par le Cabinet Dentaire qui y apposera en outre son cachet.

Sur ce devis devront figurer tous les actes ou traitements envisagés et prévus en annexe 1 par la présente convention, qu'ils soient ou non soumis à demande d'entente préalable, et qu'ils soient ou non l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie.

Le devis mentionnera l'intégralité des honoraires demandés par le Cabinet Dentaire pour les actes et traitements concernés par le protocole, en conformité avec les dispositions décrites à l'article 3.1.

4.2 Obligations du bénéficiaire

- le bénéficiaire conserve un exemplaire du devis et adresse le second au centre de gestion de la Mutuelle pour solliciter un accord préalable des prestations spécifiques de la mutuelle.
- à la fin des travaux, il remet son exemplaire de la prise en charge au Cabinet Dentaire. Le patient manifeste ainsi son désir de voir activer la procédure de dispense d'avance des frais. Il signe l'attestation figurant sur chacun des deux exemplaires de la prise en charge délivrée par la Mutuelle, faisant référence au devis et spécifiant le montant pris en charge par la Mutuelle, indiquant ainsi au Cabinet Dentaire qu'il est toujours bien adhérent de la Mutuelle à la date d'achèvement des travaux et reconnaissant que ceux-ci ont été effectués conformément au devis.

4.3. Obligations de la Mutuelle:

- La Mutuelle délivre au vu du devis une prise en charge en deux exemplaires, en indiquant :
 - le numéro de la prise en charge
 - les honoraires par acte
 - la part Sécurité Sociale
 - la part Mutuelle
 - le reste à charge du bénéficiaire
- La prise en charge vaut engagement de paiement pour la part qui incombe à la Mutuelle sous réserve que le bénéficiaire des soins soit toujours adhérent à la date d'achèvement des travaux.
- Le premier exemplaire de la prise en charge est retourné au bénéficiaire, le second au chirurgien dentiste.

Article 5 : paiement des honoraires

Lorsque le traitement dentaire est terminé, si la procédure de dispense d'avance des frais est choisie par le patient, le bénéficiaire remet au Cabinet Dentaire l'exemplaire de la prise en charge qui lui a été délivrée par la Mutuelle et en signe les deux exemplaires.

Le patient acquitte le montant qui restera à sa charge, et le Cabinet Dentaire enclenche la procédure de dispense d'avance de frais auprès du régime obligatoire de l'adhérent.

Le Cabinet Dentaire conserve un exemplaire de la prise en charge. Il transmet à la mutuelle le second exemplaire après y avoir apposé sa signature et son cachet, accompagné de la photocopie de la feuille de soins ou de la copie de la télétransmission faite vers la caisse d'assurance maladie du patient.

Ces documents attestent de la conformité de l'exécution des traitements bucco-dentaires par rapport au devis initial, et justifient l'ordonnancement du paiement par la Mutuelle.

Le paiement interviendra dans un délai de 15 jours après réception par la Mutuelle des documents valant facture. Les paiements se font exclusivement par virement bancaire.

Article 6 : prise d'effet et durée de la convention

La présente convention prend effet dès sa signature, pour la durée de l'année civile en cours.

A la suite, elle sera renouvelée par tacite reconduction par période d'une année, sauf préavis donné par lettre recommandée avec accusé de réception adressé au plus tard trois mois avant son échéance, par la partie qui décide de dénoncer la présente convention.

Article 7 : modifications des taux de remboursements

En cas de modification des taux de remboursement des régimes obligatoires, la convention avec la Mutuelle deviendrait caduque de plein droit, sauf en cas de signature d'un avenant conventionnel.

Article 8 : règlement des litiges

Ces deux parties signataires s'engagent à assurer le fonctionnement normal de la présente convention et à régler à l'amiable les différends qui pourraient surgir.

Fait à
Le

Fait à LAXOU
Le 14 septembre 2009

Pour

Pour **PREVADIES**

.....

Jean-Luc GUILLOTIN
Directeur Général Délégué

ANNEXE 1

Prestations prises en charge et exemple de remboursement

TABLEAU DES PRESTATIONS AU 1 ^{er} JANVIER 2009	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	PRÉVIANDE S'ENGAGE À REMBOURSER	REMBOURSEMENT TOTAL POUR INFORMATION
DENTAIRE ⁽³⁾			
Soins et radios	70 %	30 %	100 %
Inlay Core	70 %	30 %	100 %
PROTHÈSES FIXES			
Couronnes ou élément de bridge métal (piliers, inters)	45,15 € ou 75,25 €	123 €	168,15 € ou 198,25 €
Couronnes ou élément de bridge céramométal (piliers ou inters) sur dent visible	45,15 € ou 75,25	230 €	275,15 € ou 305,25 €
Couronnes ou élément de bridge à incrustation vestibulaire (piliers ou inters) sur dent visible	45,15 € ou 75,25	207 €	252,15 € ou 282,25 €
Élément provisoire (méthode directe) par unité	-	41 €	41 €
PROTHÈSES MOBILES			
Prothèse amovible partielle définitive			
De 1 à 3 dents	45,15 €	123 €	168,15 €
Par dent supplémentaire	7,53 €	25 €	32,53 €
Plaque métal (hors contre plaque)	0 € ou 90,30 €	138 €	138 € ou 228,30 €
Prothèse amovible totale définitive			
Unimaxillaire en résine	127,92 €	406 €	533,92 €
Complet plaque métal	218,23 €	545 €	763,23 €
Réparation sur prothèse mobile			
Réparation prothèse résine	15,05 €	42 €	57,05 €
Ajout 1 ^{er} élément	15,05 €	42 €	57,05 €
Ajout chacun des suivants	7,53 €	25 €	32,53 €
Réparation prothèse métal	22,58 €	67 €	89,58 €
Ajout d'un élément métal (contre plaque ou dent massive)	30,10 €	84 €	114,10 €
IMPLANTOLOGIE (garantie Jonquille uniquement)			
Forfait par implant, limité à 5 implants / année civile	-	228 €	Limité à 5 fois 228 € par année civile
ORTHODONTIE			
Traitement semestriel orthodontique	193,50 € ou 0 €	194 €	387,50 € ou 194 €
Examens de pré-traitement et de surveillance	0 % ou 70 %	100 % ou 130 %	100 % ou 200 %
Travaux de contention après traitement	0 % ou 100 %	100 %	100 % ou 200 %

(1) on appelle dent visible les incisives, canines, et prémolaires

Les couronnes ou éléments de bridge céramométal ou à incrustation vestibulaire posés sur des molaires sont remboursés au tarif de la couronne métal.



Centre de gestion

N° mutuelle

Prévadiès 9-11 avenue du Rhin - 54520 Laxou Tél. 0 820 830 860 (0,12 euro/min)		CODE PRÉF. 54007042 RENSEIGN. 28/11/2007 Général	PÉRIODE DE VALÉRIE du 01/01/2008 au 31/12/2008								
N° RHM : 442 224 671		Membre M/33/OC/020/31t-dno-rsa.fr									
N° Adhérent	LARA	AGXM	PHAR	OPTI	COSL	HOCP	CHAM	DENT	DEOR	EXTE	
DUPOND GEORGES 02/01/1972 1 172015334582152	1239874	100	100	100	(1)	100	oui	(2)	(1)	(1)	oui
DUPOND M.LAURE 25/04/1975 1 275043516004109	1239876	100	100	100		010604	010307	010307	010607	010607	oui
DUPOND MYLENE 18/01/1997 1 275043516004109	9865321	100	100	100	(1)	100	oui	(2)	(1)	(1)	oui
DUPOND CLAUDE 21/06/1999 1 275043516004109	9865322	100	100	100	(1)	100	oui	(2)	(1)	(1)	oui
DUPOND SOPHIE 24/01/2002 1 275043516004109	9865323	100	100	100	(1)	100	oui	(2)	(1)	(1)	oui
(1) sur devis (2) 53 EUROS/J ou TC si inférieur											
Taux en % du tarif de responsabilité, régime obligatoire inclus (sta025) / Pharmacie à 15 % non prise en charge											

ADRESSES DES CENTRES DE GESTION

A utiliser pour l'envoi vos dossiers de tiers-payant et pour le suivi de vos factures

REGION OUEST

Département	Adresse	Téléphone	Fax
22	19 rue des Gallois – 22017 SAINT BRIEUC cédex 1	02.96.01.60.87	02.96.78.60.98
29	ZI de Kergaradec 6 rue Jacques Daguerre – BP 237 – 29804 BREST cédex 9	02.98.42.42.18	02.98.42.12.18
35	Centre Espace Performance Bâtiment V – 35769 SAINT GREGOIRE cédex	02.23.25.00.14	02.23.25.00.35
53	1 rue de Cheverus - 53086 LAVAL cédex 9	02.43.67.28.82	02.43.67.28.21
56	Parc d'activité du Ténénio Rue du Docteur Joseph Audic – 56018 VANNES cédex	02.97.62.60.19	02.97.62.60.61

REGION NORMANDIE

Département	Adresse	Téléphone	Fax
14	16 avenue du 6 juin – 14093 CAEN cedex 9	02.31.27.57.77	02.31.27.13.36
27	77 rue Jean Moulin – 27013 EVREUX cedex	02.31.27.57.77	02.32.28.60.49
61	3 rue Georges Leclancher – BP 90317 – 61009 ALENCON cedex	02.31.27.57.77	02.33.26.34.66
76	174 boulevard de Strasbourg – 76098 LE HAVRE Cedec	02.31.27.57.77	02.35.19.11.09
76	22 avenue de Bretagne – 76000 ROUEN	02.31.27.57.77	02.32.81.40.59

REGION EST

Département	Adresse	Téléphone	Fax
51	B.P. 1047 - 51688 REIMS Cédex 2	03.26.84.53.07	03.83.93.13.29
52	BP 26 - 52001 CHAUMONT Cédex	03.25.03.87.08	03.83.93.39.80
54	TSA 10006 - 54931 NANCY Cédex	03.83.93.27.50	03.83.93.24.64
55	BP 89 - 55002 BAR LE DUC Cédex	03.29.79.95.08	03.29.79.95.09
57	BP 65140 - 57074 METZ Cédex 3	03.87.75.82.38	03.83.93.39.83
71	BP 508 - 71322 CHALON SUR SAONE Cédex	03.85.48.70.49	03.85.48.70.11
72	26 rue de Richebourg - 72013 LE MANS Cédex 2	02.43.43.66.21	02.43.43.66.22
88	BP 45 - 88193 GOLBEY Cédex	03.29.68.37.20	03.29.31.18.02