

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

**DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE
POUR LE COMPLÉMENT DE REMBOURSEMENT DE FRAIS POUR SOINS MÉDICAUX**

Application de l'article 92 du décret n° 66-876 du 21 novembre 1996 et de l'article D 227 du CPP

DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE AVANT L'ENGAGEMENT DE FRAIS POUR :

Application de l'article 92 du décret n° 66-876 du 21 novembre 1996 et de l'article D 227 du CPP

- ☒ Prothèse dentaire, devis n° : 39510
☐ Article d'optique, devis n° : _____
☐ Appareillage auditif, devis n° : _____
☐ Divers appareillages (à préciser) _____

Je soussigné _____
fonctionnaire des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire, appartenant au personnel
_____, en fonction :
à l'établissement pénitentiaire de _____
au SPIP _____
à la direction régionale de _____

sollicite l'autorisation préalable à la prise en charge financière :

- des frais pour soins médicaux restant à ma charge après remboursement de centre de sécurité sociale (autorisation ne pouvant être accordée qu'au regard des tarifs conventionnels de sécurité sociale).

Montant : _____

- des frais pour prothèses dentaires et réparations, pour articles d'optique, pour prothèses auditives, pour appareillages orthopédiques ou autres pour lequel je joins le devis conventionnel correspondant à la dépense au regard des tarifs de la sécurité sociale ou du tarif plafond :

Montant < ou égal à (1) : _____

Si nécessaire je joins la photocopie du devis personnalisé correspondant à la dépense engagée d'un

Montant de : 4170€

Établi par DRESKENAZI Robert, en date du 01.06.2020

Je m'engage à informer l'administration du montant des remboursements complémentaires qui me seraient versés en raison de mon affiliation à une mutuelle ou à une assurance complémentaire. En aucun cas, le complément de remboursement de soins ne pourra être supérieur à la dépenses engagée restant à la charge de l'agent.

Le _____

SIGNATURE DU FONCTIONNAIRE,

Autorisation accordée pour un montant < ou égal à (1)

(1) _____

Autorisation refusée pour le motif suivant : _____

LE DIRECTEUR RÉGIONAL DES SERVICES PÉNITENTIAIRES,
LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE (autonome),

Émargement

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 : ESKENAZI Robert

Identifiant du praticien RPPS :

N° de l'établissement (FINESS) :

Raison sociale et adresse : SELARL de Chirurgiens dentistes 78 Bd Mireille Lauze 13010 Marseille

Date du devis : 01 Juin 2020

Valable jusqu'au sous réserve de modification réglementaire :

Ce devis contient 3 pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : SRIRI YOUNES Date de naissance : 09-08-1980

N° de Sécurité sociale du patient : 180088306904448

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuelle prise en 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 :

☒ sans sous-traitance du fabricant

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

☐ en France

☐ au sein de l'Union Européenne

☐ au sein de l'Union Européenne

☐ hors Union Européenne (Pays) :

☐ 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 :

* HJN = 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.

Matériau et nom		1	Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22874	2	Résine Dent NF en ISO 22113	3	Céramique Monocouche NF en ISO 6872
Codex		Libellé	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 de responsable		
	2	Modéré	soumis à honoraires limites de facturation		selon le contrat du patient		
	3	Libre	honoraires libres		selon le contrat du patient		
Panier CDS	4	CDS	soumis à honoraires limites de facturation		pour les assurés affiliés à la Complémentaire Santé Solidaire (CDS)		

Identification du patient

Nom et prénom: SRIRI YOUNES Date de naissance: 09-08-1980
 N° de Sécurité sociale du patient: 180088306904448

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 dont limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO	Montant non remboursé AMO
1	37	HBLD245	Inlay core pour H.L.	emax	H.L.	230,00	90,00	63,00	0,00	167,00
2	37	HBLD403	Couronne Cc	emax	H.L.	620,00	107,50	75,25	0,00	544,75
3	46	HBLD403	Couronne Cc	emax	H.L.	620,00	107,50	75,25	0,00	544,75
4	47	HBLD403	Couronne Cc	emax	H.L.	620,00	107,50	75,25	0,00	544,75
5	15	HBLD245	Inlay core pour H.L.	emax	H.L.	230,00	90,00	63,00	0,00	167,00
6	17-16-15	HBLD425	Plural Cc-Cc-Cc	emax	H.L.	1 850,00	279,50	195,65	0,00	1 654,35
Total:						4 170,00	782,00	547,40	0,00	3 622,60

en alternative thérapeutique - en cas de refus à charge éventuelle, une information sur des alternatives thérapeutiques 100%, sans en à défaut à encaisser d'office moulures et en d'office pour la
 leur demande de paiement, elle pour donner lieu à une nouvelle proposition de plan de paiement complet, dans un délai d'un an.

de sans reste à charge

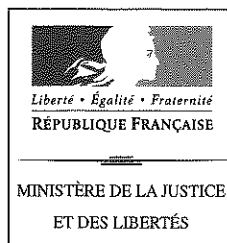
N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM NCAP ou scale MN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Plumages lignes de facturation	Prestations dont prix de vente du dispositif médical	Base de calcul Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire (**)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Reste à payer par votre particulier
Total:							0,00	0,00	0,00	0,00

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité de choisir de son traitement
 Date et signature du patient ou de son représentant légal (légal (légal))

Signature du Chirurgien-dentiste

CLAUDE DE CHIRURGIENS DENTISTES
 DU BOULEVARD MIREHLE LAUZE

29, Bd Mirehla Lauze
 13010 MARSEILLE
 Tél. 04.81 79 85 62
 477 882 685 R.C.S. Marseille



ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

COMPLÉMENT DE REMBOURSEMENT DE SOINS

DEVIS POUR PROTHÈSES DENTAIRES

(Joindre à la demande préalable avant l'engagement des frais)

Formulaire à faire remplir par le praticien et à remettre au service gestionnaire de l'agent. Demande de renseignements pour tous les agents qui sollicitent un complément de remboursement de soins, ces mentions sont obligatoires

Devis n° 39510 (à rapporter sur la demande d'enregistrement des frais)

Coordonnées du praticien : D^r ESKENAZI Robert

Nom de l'agent : _____

Établissement : SELARL des Chirurgiens Dentistes, 78 bd Néeille Lauze, 13010 Marseille

Nature des prestations	Prix appliqué par la sécurité sociale (tarif conventionnel)	Participation de la sécurité sociale	Participation de l'administration (partie à remplir par l'administration)	Dépense engagée Honoraires du dentiste
EXEMPLE SPR 55	200 €	Nb SPR x 2,15 x 70% 55 x 2,15 x 70% 82,77 €	Nb SPR x 2,15 x 480% 55 x 2,15 x 480% 567,60 €	Prix facturé 800 €
HB LD 245 (Dent 37) -	90 €	63 €		230 €
HB LD 403 (Dent 37)	107,50 €	75,25 €		620 €
HB LD 403 (Dent 46)	107,50 €	75,25 €		620 €
HB LD 403 (Dent 47)	107,50 €	75,25 €		620 €
TOTAL	412,50 €	288,75 €	(1)	2090 €

Le remboursement de l'administration sera inférieur ou égal à _____ (1).
L'ensemble des remboursements (SS + AD + Mut) ne doit pas dépasser la dépense engagée.

Pour les inlays cores le taux de participation est calculé comme suit : $SPR \times 2,15 \times 250\%$
Chaque acte doit être mentionné séparément dans le tableau ci-dessus, qui a valeur de devis.
L'engagement de frais pour les actes désignés ci-dessus nécessite obligatoirement l'accord de l'administration.

(1) se reporter au devis respectif

ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

COMPLÉMENT DE REMBOURSEMENT DE SOINS DEVIS POUR PROTHÈSES DENTAIRES

(joindre à la demande préalable avant l'engagement des frais)

Formulaire à faire remplir par le praticien et à remettre au service gestionnaire de l'agent.
Demande de renseignements pour tous les agents qui sollicitent un complément de
remboursement de soins, ces mentions sont obligatoires.

Devis n° 39510 (à reporter sur la demande d'enregistrement des frais)

Coordonnées du praticien : DR ESKENAZI Robert

Nom de l'agent :

Etablissement : SELARL DES CHIRURGIENS DENTISTES

78 BD MIREILLE LAUZE 13010 MARSEILLE

Nature des prestations	Prix appliqué par la sécurité sociale	Participation de la sécurité sociale	Participation administration	Dépense engagée Honoraires du Dentiste
HB LD 215 (Dent 15)	90€	63€		230€
HB LD 425 (Dento 15-16-A)	279,50€	195,65€		1850€
Total	369,50€	258,65€		2080€

Le remboursement de l'administration sera inférieur ou égal à

L'ensemble des remboursements (SS+AD+Mut) ne doit pas dépasser la dépense engagée.