

Identification du chirurgien-dentiste traitant  
(Cachet professionnel et N° ADELI)

#### MUTUALISTE

Nom : ..... Prénom : .....

N° INSEE : .....

#### BÉNÉFICIAIRE DU TRAITEMENT

Nom : ..... Prénom : .....

Adhérent

Ayant droit bénéficiaire

Je soussigné(e), Mme, Melle, M .....,  
déclare m'engager, pour moi-même et s'il y a lieu pour mon ayant droit bénéficiaire ci-dessus  
désigné, à :

#### SUR LE PLAN MEDICAL :

- ✓ Suivre le traitement avec constance et régularité jusqu'à son terme ;
- ✓ Participer activement au bon déroulement du traitement et respecter les instructions thérapeutiques y compris les conseils d'hygiène bucco-dentaire ou alimentaire indispensables à l'efficacité du traitement ;
- ✓ Accompagner mon enfant (lorsque celui-ci est le patient) chaque fois que le praticien en signale la nécessité, et établir le dialogue nécessaire avec le chirurgien-dentiste.

#### SUR LE PLAN ADMINISTRATIF :

- ✓ Remettre au chirurgien-dentiste sous un délai maximal d'un mois, l'exemplaire de la notification de décision lui revenant et portant les conditions de prise en charge du traitement par la mutuelle.

Je prends note, qu'en cas de non-respect de l'un ou plusieurs de ces engagements, le praticien se trouvera en droit de suspendre le traitement et l'application du protocole après information immédiate de la Mutuelle.

Dans ce cas, je m'engage à régler directement au praticien la totalité des honoraires restants dus pour la période de traitement interrompue et reconnais ne pouvoir prétendre au bénéfice du protocole et notamment à la délégation de paiement prévue à la notification de prise en charge.

Fait en deux exemplaires.

A ..... le .....

Signature

Identification du chirurgien-dentiste traitant  
(Cachet professionnel et N° ADELI)

#### MUTUALISTE

Nom : ..... Prénom : .....

N° INSEE : .....

#### BÉNÉFICIAIRE DU TRAITEMENT

Nom : ..... Prénom : .....

Adhérent

Ayant droit bénéficiaire

Je soussigné(e), Mme, Melle, M .....,  
déclare m'engager, pour moi-même et s'il y a lieu pour mon ayant droit bénéficiaire ci-dessus  
désigné, à :

#### SUR LE PLAN MEDICAL :

- ✓ Suivre le traitement avec constance et régularité jusqu'à son terme ;
- ✓ Participer activement au bon déroulement du traitement et respecter les instructions thérapeutiques y compris les conseils d'hygiène bucco-dentaire ou alimentaire indispensables à l'efficacité du traitement ;
- ✓ Accompagner mon enfant (lorsque celui-ci est le patient) chaque fois que le praticien en signale la nécessité, et établir le dialogue nécessaire avec le chirurgien-dentiste.

#### SUR LE PLAN ADMINISTRATIF :

- ✓ Remettre au chirurgien-dentiste sous un délai maximal d'un mois, l'exemplaire de la notification de décision lui revenant et portant les conditions de prise en charge du traitement par la mutuelle.

Je prends note, qu'en cas de non-respect de l'un ou plusieurs de ces engagements, le praticien se trouvera en droit de suspendre le traitement et l'application du protocole après information immédiate de la Mutuelle.

Dans ce cas, je m'engage à régler directement au praticien la totalité des honoraires restants dus pour la période de traitement interrompue et reconnais ne pouvoir prétendre au bénéfice du protocole et notamment à la délégation de paiement prévue à la notification de prise en charge.

Fait en deux exemplaires.

A ..... le .....

Signature