

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS  
**DOCTEUR DURAND SOPHIE**

19 CHIRURGIEN DENTISTE  
SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE  
78 BOULEVARD LAUZE

CONVENTIONNE

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CAB. CONV. Z.TSD IK SPEC

- Si les soins sont dispensés à titre libéral, dans un établissement de soins, Cachet de cet établissement

- Si les soins sont dispensés par un chirurgien dentiste salarié

NOM du chirurgien dentiste

IDENTIFICATION

PARTIE RESERVEE AU CHIRURGIEN DENTISTE TRAITANT

Références Nationales Opposables

R. ☐

HR. ☐

Date de la proposition

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

Un devis a-t-il été remis à l'assuré :

OUI ☒

NON ☐

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS

**DOCTEUR DURAND SOPHIE**

19 CHIRURGIEN DENTISTE  
SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE  
78 BOULEVARD LAUZE

CONVENTIONNE

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CAB. CONV. Z.TSD IK SPEC

- Si les soins sont dispensés à titre libéral, dans un établissement de soins, Cachet de cet établissement

- Si les soins sont dispensés par un chirurgien dentiste salarié

NOM du chirurgien dentiste

IDENTIFICATION

NOM et PRENOM DU PATIENT

(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé(e))

Date de naissance

03/09/2008

N° Immatriculation de l'assuré(e)

1 72 08 13 155 126

56

(1) Mettre une croix dans la case concernée

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (1)

TRAITEMENT D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

☐ Début de traitement

☐ Surveillance

☒ Suite - semestre n°

☐ Contention - année n°

1<sup>er</sup> demi semestre ☐ Autres  
lesquels

DIAGNOSTIC

(uniquement lors d'une 1ère demande ou d'une réévaluation)

Anomalie(s) basale(s) :

Maxillaire

Mandibulaire

Sens sagittal

☐ Pro

☐ Retro

Sens transversal

☐ Endo

☐ Exo

Sens vertical

☐ Hypodivergence

☐ Hyperdivergence

Anomalie(s) alvéolaire(s) :

Maxillaire

Mandibulaire

☐ Pro

☐ Retro

☐ Endo

☐ Exo

☐ Supraclusion

☐ Infraclusion

Classe dentaire molaire

☐ Cl.I

☐ Cl.II

☐ Cl.III

Classe dentaire canine

☐ Cl.I

☐ Cl.II

☐ Cl. III

☐ Dysharmonie dento-maxillaire

☐ Dysharmonie dento-dentaire

Agénésie(s)

Dent(s) incl. ou Surnum.

Malposition(s)

Occlusion inversée

☐ Droite

☐ Gauche

☐ Antérieure

Facteur(s) fonctionnel(s)

PLAN DE TRAITEMENT (Y COMPRIS LES MOYENS THERAPEUTIQUES PREVUS) (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'une réévaluation)

COMMENTAIRES

Parute traitement

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE:

28/11/23

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

Numéro d'immatriculation 072 08 13 155 126 (50)  
Date de naissance 30/08/1972  
Nom-Prénom FORTAS AG-deffourn  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)  
ADRESSE Résidence Timone 2 BÂT E  
4 rue des Feneils  
13010 MARSEILLE

## SITUATION A LA DATE DE LA PROPOSITION DU TRAITEMENT

☒ ACTIVITE SALARIEE ou arrêt de travail ☐ ACTIVITE NON SALARIEE  
☐ SANS EMPLOI - Date de cessation d'activité :  
☐ PENSIONNE(E) ☐ AUTRE CAS, lequel :

(1) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte

"LA LOI REND PASSIBLE D'AMERCE ET/OU D'EMPRISONNEMENT QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DECLARATIONS (articles L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441.1 du Code Pénal)"

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT (1)

Profession habituelle exercée par le patient :  
S'agit-il d'un accident ? ☐ OUI Date : ☐ NON  
Si le malade est PENSIONNE DE GUERRE, et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case ☐  
SI LE PATIENT N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM FORTAS  
Prénom Ilyan Date de naissance 03/09/2008

Est-il titulaire d'une pension ? ☐ OUI ☒ NON  
Adresse de l'intéressé(e), dans le cas où il (elle) ne réside pas chez l'assuré(e) :

J'atteste, sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Signature  
de l'assuré(e)

## AVIS DU SERVICE MEDICAL DESTINE AU SERVICE ADMINISTRATIF

☐ VALIDATION DE COTATION

Identification du chirurgien dentiste conseil

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

\* POUR TOUS LES TRAITEMENTS SOUMIS A ENTENTE PREALABLE, L'ASSURE(E) SOCIAL(E) DOIT ADRESSER LE PRESENT IMPRIME, DUMENT REMPLI, AU CONTROLE DENTAIRE DE SA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE.

\* LA RESPONSABILITE DE LA CAISSE EST LIMITEE AUX TRAITEMENTS COMMENCES AVANT LE 16E ANNIVERSAIRE, LA DATE DE PROPOSITION NE POUVANT ETRE RETENUE COMME REFERENCE.

\* LE TRAITEMENT DOIT ETRE COMMENCE OBLIGATOIREMENT DANS LES 6 MOIS SUIVANT LA DATE D'ACCORD DE PRISE EN CHARGE

LA REPONSE DE LA CAISSE DOIT ETRE ADRESSEE AU PLUS TARD LE 15E JOUR SUIVANT LA RECEPTION DU PRESENT FORMULAIRE. L'ABSENCE DE REPONSE DANS CE DELAI EQUIVAUT A UN ACCORD.

LES DEMANDES D'ENTENTE PREALABLE DOIVENT ETRE ETABLIES DANS LE RESPECT DES DISPOSITIONS ET DES COTATIONS DE LA NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS.