

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS
DOCTEUR DURAND SOPHIE19 CHIRURGIEN DENTISTE
SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE
78 BOULEVARD LAUZE

CONVENTIONNE

- 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

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CDB, CONV, Z, ISD IK SPEC

IDENTIFICATION

PARTIE RESERVEE AU CHIRURGIEN DENTISTE TRAITANT

Références Nationales Opposables

R. ☐HR. ☐

Date de la proposition

13/03/2024

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

TO 90

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

OUI

NON ☐

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS

DOCTEUR DURAND SOPHIE19 CHIRURGIEN DENTISTE
SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE
78 BOULEVARD LAUZE

CONVENTIONNE

- 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

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CDB, CONV, Z, ISD IK SPEC

IDENTIFICATION

NOM et PRENOM DU PATIENT

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

Date de naissance

06/03/2012

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (1)

TRAITEMENT D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

(1) Mettre une croix dans la case concernée

☒ Début de traitement
☐ Surveillance☐ Suite - semestre n°
☐ Contention - année n°☐ 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



Pro



Retro



Endo



Exo



Hyperdivergence

Anomalie(s) alvéolaire(s) :

Maxillaire

Mandibulaire



Pro



Retro



Endo



Exo



Supraclusion



Pro



Retro



Endo



Infraclusion

Classe dentaire molaire ☒ Cl.I ☐ Cl.II ☐ Cl.IIIClasse dentaire canine ☒ Cl.I ☐ Cl.II ☐ Cl. III☒ Dysharmonie dento-maxillaire☐ Dysharmonie dento-dentaire

Agénésie(s)

Dent(s) incl. ou Surnum.

13

Malposition(s)

13

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)

Alignement par traitement multibagues + 4 + bas + Contention
fin de traitement

COMMENTAIRES

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE:

13/03/2024

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

Numéro d'immatriculation 2 85 12 99 333 143 96
 Date de naissance 08/12/1985
 Nom-Prénom RANDRIANIRIN JARAFENO HASINA
 (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)
 Adresse Druombatra, Helyett
7 Rue Jean Eugène Pailhas
13010 MARSEILLE (Bst: F)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT (1)

Profession habituelle exercée par le patient X
 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 LENOIR
 Prénom Aurélien Date de naissance 08/03/2002

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)

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'AMENDE 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)"

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

Signature
 de l'assuré(e)

Helyett

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.