

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.I.SB 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

03/04/2024

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

TO

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.I.SB 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

N° immatriculation de l'assuré(e)

DURAND Jlyana
2900899352395 32

(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°

☐ Autres
lesquels

DIAGNOSTIC

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

Anomalie(s) basale(s) :

Maxillaire

Sens sagittal ☒ Pro ☐ Retro
Sens transversal ☐ Endo ☐ Exo
Sens vertical ☐ Hypodivergence

Mandibulaire

☐ Pro ☐ Retro
☐ Endo ☐ Exo
☒ Hyperdivergence

Anomalie(s) alvéolaire(s) :

Maxillaire

☐ Pro ☐ Retro
☐ Endo ☐ Exo
☐ Supraclusion

Mandibulaire

☐ Pro ☐ Retro
☐ Endo ☐ Exo
☐ Infraclusion

Classe dentaire molaire ☐ Cl.I ☒ Cl.II ☐ Cl.III

☐ Dysharmonie dento-maxillaire

Classe dentaire canine ☐ Cl.I ☒ Cl.II ☐ Cl.III

☐ 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)

Alignement par traitement multifibre Hault et bas
+ fermeté diadème + contention fin de traitement

COMMENTAIRES

Signature du Chirurgien Dentiste

[Signature]

DATE:

3/4/24

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

Numéro d'immatriculation 290089435239532
 Date de naissance 03/05/1990
 Nom-Prénom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage) DJERDANE TAGHRI Rawia
 ADRESSE 78 Rue Ambroise Croizat 84120 VERSUS

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT (1)

Profession habituelle exercée par le patient Écolier
 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 DJERDANE
 Prénom ILYANA Date de naissance 27/04/2005

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

(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)

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.