

PARTIE RESERVEE AU CHIRURGIEN DENTISTE TRAITANT			
Références Nationales Opposables	R.	☐	HR.
Date de la proposition	29/05/2024		
Date de début effectif du traitement			
Cotation des actes	T075		
Un devis a-t-il été remis à l'assuré :	OUI	☒	NON ☐

NOM et PRENOM DU PATIENT (à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé(e)) Adda Percheret Lourenço
Date de naissance 28/03/1980 N° Immatriculation de l'assuré(e) 270 29

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

S. 3150
 SENATE
 107TH CONGRESS
 1ST SESSION
 2001

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

Numéro d'immatriculation

280313001 270 (29)

Date de naissance

21/03/1988

Nom-Prénom

Audrey BANCHERET

ADRESSE

6 Lotissement de Basque
13880 Velours

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)"

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT (1)

Profession habituelle exercée par le patient

Etudiant

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

ADDA - BANCHERET

Prénom

Corenne

Date de naissance

08/06/03

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

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.

LA LOI 78.17 du 6.1.78 RELATIVE A L'INFORMATIQUE, AUX FICHIERS ET AUX LIBERTES S'APPLIQUE AUX REPONSES FAITES SUR CE FORMULAIRE. ELLE GARANTIT UN DROIT D'ACCES ET DE RECTIFICATION POUR LES DONNEES VOUS CONCERNANT, AUPRES DE VOTRE ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE.

0350