

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS

DOCTEUR DURAND SOPHIE

19 CHIRURGIEN DENTISTE

CONVENTIONNE

SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE
78 BOULEVARD LAUZE

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CAB. CHU. 2.1SD 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

29/05/2024

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

7090

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

CONVENTIONNE

SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE
78 BOULEVARD LAUZE

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CAB. CHU. 2.1SD 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)

280079935236353

(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

☐ Hyperdivergence

Mandibulaire

☐ Pro

☐ Retro

☐ Endo

☐ Exo

☐ Hypodivergence

☐ Hyperdivergence

Anomalie(s) alvéolaire(s) :

Maxillaire

☐ Pro

☐ Retro

☐ Endo

☐ Exo

☐ Supraclusion

☐ Infraclusion

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 Sursum.

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 haut et par appareil multibagues, fermeture
de diastème et contention fin de traitement

COMMENTAIRES

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE: 29/05/2024

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

Numéro d'immatriculation (280 0799 35 2363) (53)
Date de naissance 30/07/1980
Nom-Prénom ZELMATI CHAMA
ADRESSE 115 rue de la Granière BATC
MARSEILLE 13011

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
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 ZELMATI
Prénom AYOUS Date de naissance 01/01/09

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 16E 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.