

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. CONV. 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

22/05/2024

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

7045

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. CONV. 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

17/08/2003

N° immatriculation de l'assuré(e)

2 84 06 99 123 189 95

(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

1er demi semestre

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.IIIClasse 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

Sole alignement haut et bas

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE: 22/05/2024

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

Numéro d'immatriculation 284 06 99 129 189 (95)
 Date de naissance 23/06/1984
 Nom-Prénom VANIEV Lidia
 (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)
 ADRESSE 17 RUE JEAN EUGENE PAILLAS
11017 - BAT A
13018 - 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'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 ☒ NON Date
 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 VANIEV
 Prénom Enzo Date de naissance 17/08/1989

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)*Stef*

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.