

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS
DOCTEUR DURAND SOPHIE19 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.SD 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

26/06/2024

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

T090

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

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CAB. CONV. Z.I.SD 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

23/04/2018

N° immatriculation de l'assuré(e)

2 79 09 99 352 277

26

(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

Mandibulaire

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

Anomalie(s) alvéolaire(s) :

Maxillaire

Mandibulaire

☐ Pro
☐ Endo
☐ Supraclusion☐ Retro
☐ Exo
☐ Infraclusion☐ Pro
☐ Endo
☐ Infraclusion☐ Retro
☐ Exo
☐ InfraclusionClasse dentaire molaire ☐ Cl.I ☐ Cl.II ☐ Cl.III☐ Dysharmonie dento-maxillaireClasse 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)

COMMENTAIRES

Suite alignement haut et bas

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE:

26/06/2024

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

Numéro d'immatriculation 2 79 09 99 352 277 26
 Date de naissance 05/09/1979
 Nom-Prénom CHETOUI Sebura
 (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)
 ADRESSE LA SAUVAGERE - BAT 51
253 BD ROMAIN ROLLAND
13010 MARSEILLE

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 concernant
 l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case ☐
 SI LE PATIENT N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM CHETOUI
 Prénom Sebura Date de naissance 05/09/1979

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) _____

Je jure, sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés et dessus.
 Signature _____
 de 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)"

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.