

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  
CRB, CONV, Z, ISD 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 10/07/2024  
Date de début effectif du traitement  
Cotation des actes T030  
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  
CRB, CONV, Z, ISD 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 30/08/2009 N° immatriculation de l'assuré(e) 2 83 10 13 055 043 160

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (1)  
TRAITEMENT D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

(1) Mettre une croix dans la case concernée  
☐ Début de traitement ☒ Suite - semestre n° 2 ☐ Autres lesquels  
☐ Surveillance ☐ Contention - année n°  
DIAGNOSTIC (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'une réévaluation)  
Anomalie(s) basale(s) :  
Maxillaire : ☐ Pro ☐ Retro ☐ Endo ☐ Exo ☐ 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  
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)

COMMENTAIRES

Signature du Chirurgien Dentiste DATE: 10/07/2024

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

Numéro d'immatriculation 2 83 10 13 055 043 (60)  
Date de naissance 01/10/1983  
Nom-Prénom RICHIER Isabelle  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)  
ADRESSE 220 CHEMIN DE L'ARMÉE  
D'AFRIQUE - 13010

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 MADI  
Prénom Samy Date de naissance 31/03/1980  
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 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.