

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

=&gt; 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CAB. 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

24/7/2024

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

To 90

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

=&gt; 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CAB. 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

17/02/2013

N° immatriculation de l'assuré(e)

2 85 08 75 119 11

51

(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

☐ Pro☐ Retro

Sens transversal

☒ Endo☐ Exo

Sens vertical

☐ Hypodivergence☐ Hyperdivergence

Anomalie(s) alvéolaire(s) :

Maxillaire

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 Surnum.

Malposition(s)

23

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 et travail orthodontique haut et bas parqué  
des distants, contention fin de traitement parqué

COMMENTAIRES

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE:

24/7/24

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

Numéro d'immatriculation 2 85 08 75 119 111 (51)  
Date de naissance 06/08/1955  
Nom-Prénom BOURI Leila  
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)  
ADRESSE 3 PLACE DE LA TARTANE  
13016 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 concernent  
l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case ☐  
SI LE PATIENT N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM BOURI  
Prénom MARWA Date de naissance 17/02/1973

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) \_\_\_\_\_

## 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)".

J'atteste, sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Signature  
de l'assuré(e)

*[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.