

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS

DOCTEUR DURAND SOPHIE

19 CHIRURGIEN DENTISTE

CONVENTIONNE

SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE
78 BOULEVARD LAUZE- 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

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CAB. COMM. Z. ISO IK SPEC

IDENTIFICATION

PARTIE RESERVEE AU CHIRURGIEN DENTISTE TRAITANT

Références Nationales Opposables

R. ☐HR. ☐

Date de la proposition

30/07/2024

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

TO GO

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- 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

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CAB. COMM. Z. ISO IK SPEC

IDENTIFICATION

NOM et PRENOM DU PATIENT

(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé(e))

Date de naissance

MARGHERITI Mathias

N° immatriculation de l'assuré(e)

(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

Sens sagittal



Pro



Retro

Sens transversal



Endo



Exo

Sens vertical



Hypodivergence

Mandibulaire

Sens sagittal



Pro



Retro

Sens transversal



Endo



Exo

Sens vertical



Hypodivergence

Mandibulaire

Sens sagittal



Pro



Retro

Sens transversal



Endo



Exo

Sens vertical



Hypodivergence

Anomalie(s) alvéolaire(s) :

Maxillaire

Sens sagittal



Pro



Retro

Sens transversal



Endo



Exo

Sens vertical



Hypodivergence

Maxillaire

Sens sagittal



Pro



Retro

Sens transversal



Endo



Exo

Sens vertical



Hypodivergence

Maxillaire

Sens sagittal



Pro



Retro

Sens transversal



Endo



Exo

Sens vertical



Hypodivergence

Maxillaire

Sens sagittal



Pro



Retro

Sens transversal



Endo



Exo

Sens vertical



Hypodivergence

Maxillaire

Sens sagittal



Pro



Retro

Sens transversal



Endo



Exo

Sens vertical



Hypodivergence

Maxillaire

Sens sagittal



Pro



Retro

Sens transversal



Endo



Exo

Sens vertical



Hypodivergence

Maxillaire

Sens sagittal



Pro



Retro

Sens transversal



Endo



Exo

Sens vertical



Hypodivergence

Maxillaire

Sens sagittal



Pro



Retro

Sens transversal



Endo



Exo

Sens vertical



Hypodivergence

Maxillaire

Sens sagittal



Pro



Retro

Sens transversal



Endo



Exo

Sens vertical



Hypodivergence

Maxillaire

Sens sagittal



Pro



Retro

Sens transversal



Endo



Exo

Sens vertical



Hypodivergence

Maxillaire

Sens sagittal



Pro



Retro

Sens transversal



Endo



Exo

Sens vertical



Hypodivergence

Maxillaire

Sens sagittal



Pro



Retro

Sens transversal



Endo



Exo

Sens vertical



Hypodivergence

Maxillaire

Sens sagittal



Pro



Retro

Sens transversal



Endo



Exo

Sens vertical



Hypodivergence

Maxillaire

Sens sagittal



Pro



Retro

Sens transversal



Endo



Exo

Sens vertical



Hypodivergence

Maxillaire

Sens sagittal



Pro



Retro

Sens transversal



Endo



Exo

Sens vertical



Hypodivergence

Maxillaire

Sens sagittal



Pro



Retro

Sens transversal



Endo



Exo

Sens vertical



Hypodivergence

Maxillaire

Sens sagittal



Pro



Retro

Sens transversal



Endo



Exo

Sens vertical



Hypodivergence

Maxillaire

Sens sagittal



Pro

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

Numéro d'immatriculation 2770513055828 (71)
 Date de naissance 22/05/77
 Nom-Prénom Margherita Cynthia
 (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)
 ADRESSE 58 montée de St menet des
jardins d'Hellene
13211 Marseille.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT (1)

Profession habituelle exercée par le patient lycéen
 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 Margherita
 Prénom Margherita Date de naissance 22/05/77

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)

58 montée de St menet des Jardins
d'Hellene 13211 Marseille.

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.