

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

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

31/07/2024

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

7090

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

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

19/10/2008

N° immatriculation de l'assuré(e)

2 78 12 88 383 295 60

(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) :

Anomalie(s) alvéolaire(s) :

Sens sagittal

☐ Pro

☐ Retro

Sens transversal

☒ Endo

☐ Exo

Sens vertical

☐ Hypodivergence

☐ Pro

☐ Retro

☐ Endo

☐ Exo

☐ Hyperdivergence

☐ Pro

☐ Retro

☒ Endo

☐ Exo

☐ Supraclusion

☐ Pro

☐ Retro

☐ Endo

☐ Exo

☐ Infraclusion

Classe dentaire molaire

☒ CI.I

☐ CI.II

☐ CI.III

Classe dentaire canine

☒ CI.I

☐ CI.II

☐ CI.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)

traitement par appareil multibagues haut et bas
fermeture des diastèmes et contention de fin de traitement

COMMENTAIRES

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE: 31/07/2024

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

Numéro d'immatriculation 2 78 12 88 383 095 60
Date de naissance 28/12/1978
Nom-Prénom MANCUS Virginia
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)
ADRESSE 9 RUE ALEXIS ROSTAND
13010 MARSEILLE

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 BIANUCCI
Prénom Kenzo Date de naissance 19/03/2008

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) Mancus

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.