

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS
DOCTEUR DURAND SOPHIE

19 CHIRURGIEN DENTISTE
8ELAS 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

31/07/2024

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 SOPHIE

19 CHIRURGIEN DENTISTE
8ELAS 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

30/01/2013

N° immatriculation de l'assuré(e)

2 90 29 13 005 041

39

(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

2

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



Hyperdivergence

Mandibulaire

Anomalie(s) alvéolaire(s) :

Maxillaire



Pro



Retro



Endo



Exo



Supraclusion

Maxillaire

Mandibulaire



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)

COMMENTAIRES

Suite alignement haut et bas

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE:

31/07/2024

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

Numéro d'immatriculation (2 90 09 13 005 041) (39)
Date de naissance (11/09/1990)
Nom-Prénom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage) DEBBAB Audrey
ADRESSE 25 BD DU GENERAL MANGIN
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 ARELLA
Prénom Giulia Date de naissance (30/01/2013)
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)

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.