

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. CONJ. Z.1SD 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

07/08/24

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

To 80

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. CONJ. Z.1SD 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

MIRIAM

N° immatriculation de l'assuré(e)

Aglare

2 81 12 13 055 884

28

(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



Mandibulaire

Sens transversal

Sens vertical

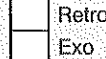


Anomalie(s) alvéolaire(s) :

Maxillaire



Mandibulaire

Classe dentaire molaire ☒ Cl.I ☐ Cl.II ☐ Cl.IIIClasse dentaire canine ☒ Cl.I ☐ Cl.II ☐ Cl.III☒ Dysharmonie dento-maxillaire☐ Dysharmonie dento-dentaire

Agénésie(s)

Dent(s) incl. ou Surnum.

Malposition(s)

Occlusion inversée



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 orthodontique haut + bas, fermeture des
diastèmes, contention fin de traitement.

COMMENTAIRES

Signature du Chirurgien Dentiste

G'

DATE: 07/08/24

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

Numéro d'immatriculation 2 811213 055 884 (28)
 Date de naissance 25/12/1981
 Nom-Prénom TAIEBI Aicha
 (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)
 Adresse RES LA TIMONE 1
4 RUE DES TENAIS - BAT 6
13010 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 TAIEBI
 Prénom ASLANE Date de naissance 11/12/2011
 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 TOUTS 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.