

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
=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19
CRB. CONV. 2.1SD 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 12/05/2024
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
SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE
78 BOULEVARD LAUZE
CONVENTIONNE
13010 MARSEILLE
=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19
CRB. CONV. 2.1SD 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 16/10/1998 N° immatriculation de l'assuré(e) 2 82 12 99 352 704 82

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (1)
TRAITEMENT D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE
(1) Mettre une croix dans la case concernée
☐ Début de traitement ☒ Suite - semestre n° 4 ☐ Autres lesquels
☐ Surveillance ☒ Contention - année n°
DIAGNOSTIC (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'une réévaluation)
Anomalie(s) basale(s) :
Maxillaire : ☐ Pro ☐ Retro ☐ Endo ☐ Exo ☐ Hypodivergence
Mandibulaire : ☐ Pro ☐ Retro ☐ Endo ☐ Exo ☐ Hyperdivergence
Anomalie(s) alvéolaire(s) :
Maxillaire : ☐ Pro ☐ Retro ☐ Endo ☐ Exo ☐ Supraclusion
Mandibulaire : ☐ Pro ☐ Retro ☐ Endo ☐ Exo ☐ 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)
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: 2018/24

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

Numéro d'immatriculation (2 82 12 99 352 704) (82)
Date de naissance (22/12/1992)
Nom-Prénom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage) FORTAS saumia
ADRESSE 4 RUE DES FENALS
RES LA TIMONE - BAT H
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 FORTAS
Prénom SYRINE Date de naissance (16/07/1988)
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.