

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS
DOCTEUR DURAND SOPHIE
19 CHIRURGIEN DENTISTE
SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE
78 BOULEVARD LAUZE
13010 MARSEILLE
=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19
CERB. CONV. Z.TSD 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 09/10/2024
Date de début effectif du traitement
Cotation des actes T290
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
13010 MARSEILLE
=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19
CERB. CONV. Z.TSD 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
Requennu - Lami Riba
N° d'immatriculation de l'assuré(e) 153 12 71 321 003 60

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (1)
TRAITEMENT D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

(1) Mettre une croix dans la case concernée

☒ Début de traitement	☐ Suite - semestre n°	☐ Autres lesquels
☐ Surveillance	☐ Contention - année n°	

DIAGNOSTIC (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'une réévaluation)

Anomalie(s) basale(s) :				Anomalie(s) alvéolaire(s) :			
Maxillaire		Mandibulaire		Maxillaire		Mandibulaire	
Sens sagittal	☒ Pro ☐ Retro	☐ Pro ☐ Retro	☐ Pro ☐ Retro	☐ Pro ☐ Retro	☐ Pro ☐ Retro	☐ Pro ☐ Retro	☐ Pro ☐ Retro
Sens transversal	☐ Endo ☐ Exo	☐ Endo ☐ Exo	☐ Endo ☐ Exo	☐ Endo ☐ Exo	☐ Endo ☐ Exo	☐ Endo ☐ Exo	☐ Endo ☐ Exo
Sens vertical	☐ Hypodivergence	☐ Hyperdivergence		☐ Supraclusion	☐ 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) Boance antérieure

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
prothèses des diastèmes et contention de fin de traitement

COMMENTAIRES

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE: 09/10/2024

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

Numéro d'immatriculation (7 53 12 71 321 003) (60)
 Date de naissance (17/12/1953)
 Nom-Prénom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage) Meguenni-Tani Khabane
 ADRESSE 42 Rue benoit Malon

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT (1)

Profession habituelle exercée par le patient Collège
 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 Meguenni-Tani
 Prénom Hiba Date de naissance 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.