

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

CAB. 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

30/10/24

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  
SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE  
78 BOULEVARD LAUZE

CONVENTIONNE

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CAB. 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

Bauguella Sana  
N° d'immatriculation de l'assuré(e) 2860299352507

(1) Mettre une croix dans la case concernée

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

☐ Début de traitement  
☐ Surveillance

☒ Suite - semestre n° 3  
☐ Contention - année n°

☐ Autres  
lesquels

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

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

☐ Dysharmonie dento-maxillaire

Classe dentaire canine ☐ Cl.I ☐ Cl.II ☐ Cl.III

☐ 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

Site alignement

Signature du Chirurgien Dentiste

Ci

DATE:

30/10/24

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

Numéro d'immatriculation 2860299352507 (20)  
 Date de naissance 13/02/1980  
 Nom-Prénom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage) BOUGUERRA - c Heriou: latifa  
 ADRESSE 26 Rue Liardier BATC  
13008 Marseille

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT (1)

Profession habituelle exercée par le patient Collégienne  
 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 BOUGUERRA  
 Prénom SARA Date de naissance 29/03/2011

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 Latifa Bouguerra  
 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.