

cerfa
N° 10518*01

TRAITEMENTS D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE - DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE
CHIRURGIEN DENTISTE

DATE DE RECEPTION
DE LA DEMANDE

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS

DOCTEUR DURAND SOPHIE

19 CHIRURGIEN DENTISTE
BELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE
78 BOULEVARD LAUZE

CONVENTIONNE

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CHIR. ORTH. 2.150 1K 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

25/09/24

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
BELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE
78 BOULEVARD LAUZE

CONVENTIONNE

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CHIR. ORTH. 2.150 1K 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

Rahal adam

N° Immatriculation de l'assuré(e)

285098309001561

(1) Mettre une croix dans la case concernée

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (1)

TRAITEMENT D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

☐ Début de traitement
☐ Surveillance

☒ Suite - semestre n° 2
☐ Contention - année n°

☐ Autres
lesquels

DIAGNOSTIC

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

Anomalie(s) basale(s) :

Maxillaire

Mandibulaire

Anomalie(s) alvéolaire(s) :

Maxillaire

Mandibulaire

Sens sagittal

☐ Pro

☐ Retro

☐ Pro

☐ Retro

☐ Pro

☐ Retro

Sens transversal

☐ Endo

☐ Exo

☐ Endo

☐ Exo

☐ Endo

☐ Exo

Sens vertical

☐ Hypodivergence

☐ Hyperdivergence

☐ Supracclusion

☐ Infraclusion

☐ Pro

☐ Retro

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 Sumum.

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

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE:

25/09/24

S 3150

cerfa

N° 10518*01

TRAITEMENTS D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE - DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE
CHIRURGIEN DENTISTE
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

Numéro d'immatriculation **2850983090015 44**
 Date de naissance **05/09/1985**
 Nom-Prénom **RAHAL Zina**
 (surtout en cas de nom d'usage)
 Adresse **102 bd Mireille Laroze**
13010 MARSEILLE

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)

AVIS DU SERVICE MEDICAL DESTINE AU SERVICE ADMINISTRATIF
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT (1)

Profession habituelle exercée par le patient **lycéen**
 Sujet 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 **RAHAL**
 Prénom **Adam** Date de naissance **19/04/2009**
 Est-il titulaire d'une pension ? ☐ OUI ☒ NON
 Adresse de l'intermédiaire, dans le cas où il (elle) ne réside pas chez l'assuré(e)

J'atteste, sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
 Signature de l'assuré(e)

☐ 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

LA LOI N° 77-593 RELATIVE A L'INFORMATIQUE, AUX FICHES ET AUX LIÈSSES, A PLACER AUX REponses ENTES SUR CE FORMULAIRE, EN LA GARANTIE UN DROIT D'ACCES ET DE RECTIFICATION POUR LES DONNEES VOUS CONCERNANT, AUPRES DE VOTRE ORGANE D'ASSURANCE MALADIE.