

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, CONV, Z, ISD 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

23/10/2024

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

T980

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, CONV, Z, ISD 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

Ali Hassan Tamim

N° immatriculation de l'assuré(e)

18 705 985 110 25 46

(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

Mandibulaire

Sens sagittal

☐ Pro☐ Retro☐ Pro☐ Retro

Sens transversal

☐ Endo☐ Exo☐ Endo☐ Exo

Sens vertical

☐ Hypodivergence☐ Hyperdivergence☐ Supraclusion☐ Infraclusion

Anomalie(s) alvéolaire(s) :

Maxillaire

Mandibulaire

☐ Pro☐ Retro☐ Pro☐ Retro☐ Endo☐ Exo☐ Endo☐ Exo☐ Supraclusion☐ Infraclusion☐ Supraclusion☐ InfraclusionClasse 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

☐ 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 allongement

Signature du Chirurgien Dentiste

Ci

DATE:

23/10/2024

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

Numéro d'immatriculation (1870598511025) (96)
Date de naissance (30/05/87)
Nom-Prénom (ABDOULHANIDE Abasse)
ADRESSE (83 Bld Ninville large BT la - Pierre Renard - 13013 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)"

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT (1)

Profession habituelle exercée par le patient (Collegien)
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 (AG HASSAN ABDOULHANIDE)
Prénom (Tamin) Date de naissance (28/06/80)
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)

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.