

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

=&gt; 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

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

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

=&gt; 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

N° immatriculation de l'assuré(e)

(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

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☐ 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)

Traitement par appareil orthodontique Haut abs + paraflex de distorsion  
+ contacts fin de traitement

COMMENTAIRES

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE: 04/12/24

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E) (1)**

Numéro d'immatriculation 288099397078 03  
Date de naissance 10/04/1988  
Nom-Prénom Ahmed Massoudi Faïna  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)  
ADRESSE 86 boulevard Pond de Vivier

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT (1)**

Profession habituelle exercée par le patient collège

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 (AL HADHIRI)  
Prénom (Bismah) Date de naissance: ( )

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)

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