

|   |  |  |
|---|--|--|
| IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS | - 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<br>NOM du chirurgien dentiste<br><input type="text"/><br><input type="text"/><br>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 | - 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<br>NOM du chirurgien dentiste<br><input type="text"/><br><input type="text"/><br>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       Suite - semestre n°        Autres lesquels

Surveillance       Contention - année n°

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

Anomalie(s) basale(s) :

|                  |   |                                |  |                                |                                       |                                |                                       |                                |
|------------------|---|--------------------------------|--|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
|                  | Maxillaire                              |                                | Mandibulaire                             |                                | Maxillaire                            |                                | Mandibulaire                          |                                |
| Sens sagittal    | <input type="checkbox"/> Pro            | <input type="checkbox"/> Retro | <input type="checkbox"/> Pro             | <input type="checkbox"/> Retro | <input type="checkbox"/> Pro          | <input type="checkbox"/> Retro | <input type="checkbox"/> Pro          | <input type="checkbox"/> Retro |
| Sens transversal | <input type="checkbox"/> Endo           | <input type="checkbox"/> Exo   | <input type="checkbox"/> Endo            | <input type="checkbox"/> Exo   | <input type="checkbox"/> Endo         | <input type="checkbox"/> Exo   | <input type="checkbox"/> Endo         | <input type="checkbox"/> Exo   |
| Sens vertical    | <input type="checkbox"/> Hypodivergence |                                | <input type="checkbox"/> Hyperdivergence |                                | <input type="checkbox"/> Supraclusion |                                | <input type="checkbox"/> Infraclusion |                                |

Classe dentaire molaire  CI.I  CI.II  CI.III  Classe dentaire canine  CI.I  CI.II  CI.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

Signature du Chirurgien Dentiste  DATE :

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

Numéro d'immatriculation

Date de naissance

Nom - Prénom  
(suivi, s'il y a lieu  
du nom d'usage)

ADRESSE

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT (1)

Profession habituelle exercée par le patient

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

Prénom  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)

## 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 P énal)"

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.