

IDENTIFICATION DU MEDECIN TRAITANT 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 médecin traitant salarié

NOM du médecin traitant

IDENTIFICATION

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

 Indiquer le chiffre correspondant à la demande

1 - PROTHESE(S) DENTAIRE(S)

2 - AUTRE(S) ACTE(S)

3 - ASSIMILATION(S)

Références Médicales Opposables (1)

R.

HR.

S'agit-il d'une demande en rapport avec (1) :

A.T./M.P.

A.L.D.

COTATION DES ACTES

Date de la proposition

Un devis a-t-il été remis à l'assuré :

OUI

NON

(1) Mettre une croix dans la (ou les) case(s) concernée(s)

IDENTIFICATION DU MEDECIN TRAITANT 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 médecin traitant salarié

NOM du médecin traitant

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)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (1)

SCHEMA DENTAIRE LORS DE LA PROPOSITION

D H G

B A C

- Barrer les dents absentes non remplacées par une prothèse.

- Indiquer par une croix les dents remplacées par une prothèse

- Indiquer par une flèche les dents devant être extraites

- Préciser les dents en antagonisme par une double flèche.

Arcade(s) complète(s)

PROTHESE(S) DENTAIRE(S)

PROTHESE ADJOINTE HAUT

dents

Coefficient :

PROTHESE ADJOINTE BAS

dents

Coefficient :

SUPPLEMENT PBM

Haut

Bas

Coefficient :

SUPPLEMENT CP ou DM

N° dent(s)

Coefficient :

COURONNE(S)

N° dent(s)

Coefficient :

DENT(S) à TENON

N° dent(s)

Coefficient :

Motif(s) :

(1) Mettre une croix dans la (ou les) case(s) concernée(s)

AUTRE(S) ACTE(S), ASSIMILATION(S)

Nature :

Siège :

Coefficient :

Motif(s) (diagnostic, plan de traitement,...) :

OBSERVATION(S) EVENTUELLE(S)

Signature du praticien traitant

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 praticien conseil

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

POUR TOUS LES TRAITEMENTS OU PROTHESES DENTAIRES SOUMIS A L'ENTENTE PREALABLE, L'ASSURE(E) SOCIAL(E) DOIT ADRESSER LE PRESENT IMPRIME, DUMENT REMPLI, AU CONTROLE DENTAIRE DE SA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE.

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.