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

- 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

- 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 ☐ Suite - semestre n° ☐ Autres
☐ Surveillance ☐ Contention - année n° 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	☐ Pro	☐ Retro
Sens transversal	☐ Endo	☐ Exo	☐ Endo	☐ Exo	☐ Endo	☐ Exo	☐ Endo	☐ Exo
Sens vertical	☐ Hypodivergence		☐ Hyperdivergence		☐ Supraclusion		☐ Infraclusion	

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 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 :

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

Date de naissance

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

ADRESSE

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)''

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)

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.

LA LOI 78.17 du 6.1.78 RELA TIVE A L'INFORMATIQUE, AUX FICHIERS ET AUX LIBERTES S'APPLIQUE AUX REPONSES FAITES SUR CE FORMULAIRE. ELLE GARANTIT UN DROIT D'ACCES ET DE RECTIFICATION POUR LES DONNEES VOUS CONCERNANT, AUPRES DE VOTRE ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE.