



Cabinet du Docteur Philibert



Scan me

VOTRE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE.

- Ce document, préparé à partir du bilan orthodontique, vous permet d'obtenir une prise en charge du traitement orthodontie par votre caisse d'assurance maladie puis automatiquement par votre mutuelle.
- IL est donc essentiel de le compléter et de l'envoyer à la caisse d'assurance maladie dont vous dépendez (CPAM, MSA, RSI..).
- Sans réponse après 3 semaines, votre demande est acceptée.

LE NUMÉRO DE SÉCU
DOIT ÊTRE CELUI
DE LA CARTE VITALE
DE L'ASSURÉ
QUI RECEVRA LES
REMBOURSEMENTS



TRAITEMENTS D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE - DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE
CHIRURGIEN DENTISTE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E) (1)

Numéro d'identification :
Date de naissance :
Nom - Prénom :
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 FAUSSES OU DE FAUSSES DÉCLARATIONS (articles L. 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code P éral)"

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'ASSURÉ(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 TOUTS LES TRAITEMENTS SOUMIS A ENTENTE PREALABLE, L'ASSURÉ(E) SOCIAL(E) DOIT ADRESSER LE PRESENT IMPRIME, DUMENT REMPLI, AU CONTROLE DENTAIRE DE SA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE.

NE PAS
OUBLIER DE
SIGNER ICI !

VOTRE DEVIS CERFA.

- Ce document, préparé à partir du bilan orthodontique, vous permet de connaître le coût total de votre traitement et de calculer le montant qui vous sera remboursé.
- Seul les montants remboursés par votre caisse d'assurance maladie sont connus. Il faut interroger votre assurance santé complémentaire ou votre mutuelle en lui envoyant ce devis pour connaître le montant de ses remboursements.

DEVIS POUR LES TRAITEMENTS BUCCO-DENTAIRES ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE
(En outre à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis)

Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité.

Identification du chirurgien-dentiste traitant :
Identifiant du praticien RPPS :
Identification de la structure (maison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) :
N° de la structure (AM, FINISS ou SIRET) :
Date du devis :
Durée de validité :
Identification du patient :
Nom et prénom :
Date de naissance :
N° de Sécurité Sociale de l'assuré :
À remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire :
Adresse de l'assuré :
Tel :
Nom de l'organisme complémentaire :
N° de contrat ou d'adhésion :
Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :
À remplir par le chirurgien-dentiste. Description du traitement proposé :
Dispositions particulières : ☐ oui ☐ non Si oui, lesquelles ?
Description précise et détaillée des actes :

N° dent ou Localisation	Libellé de l'acte ou libellé Orthodontique	Matrimes Utilisés	Code CCAM ou pour l'orthodontie contenu NGAP	(A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure*	(B1) Montant des prestations de soins	(B2) Charges de structure	(C-A-B1-B2) Montant des honoraires du devis	(D) Base de Remboursement Assurance Maladie Obligatoire ou NR	(E-C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire	Réservé à l'organisme complémentaire
	Multistructures métal debout semestre 1		TO-45	325,00 €				96,75 €	228,25 €	
	Multistructures métal fin semestre 1		TO-45	325,00 €				96,75 €	228,25 €	
	Soins multistructures métal semestre 2		TO-99	650,00 €				193,50 €	456,50 €	
	Soins multistructures métal semestre 3		TO-99	650,00 €				193,50 €	456,50 €	
				400,00 €				161,25 €	238,75 €	
Total				2350,00 €				741,75 €	1608,25 €	
Matrimes et normes	3 Réaline Base NF EN ISO 1567 2000	6 Réaline Dent NF EN ISO 22112 2005	7 Alliage non précieux CoCr - NF EN ISO 22674 3/2007	8 Alliage non précieux NCR - NF EN ISO 22674 3/2007	9 Céramo-metallique NF EN ISO 9693 2000	10 Céramo dentaire NF EN ISO 6872 1999				

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité de choisir de son traitement
Date et signature du patient ou du (des) responsable(s) légal(s) :
Signature du chirurgien-dentiste :
*Coût d'élaboration de dispositif

MONTANT DU
REMBOURSEMENT
DE VOTRE
ASSURANCE
COMPLÉMENTAIRE
À RENSEIGNER

MONTANT DU REMBOURSEMENT DE LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE