



Complétude feuilles de soins pour une demande d'entente préalable dentaire

Document	Détail à fournir
Feuille de soins	Feuilles de soins Réf 610-1-04 pour les soins dentaires dument remplie, en cochant la zone « entente préalable », portant date, cachet et signature du médecin dentiste ainsi que le montant du devis de chaque prestation
Devis estimatif :	Le devis peut être fourni : Soit dans un document original détaillé et daté précisant le montant estimatif, le semestre demandé et portant le cachet, la signature du praticien ainsi que le nom et prénom du bénéficiaire. Soit sur la feuille de soins en précisant les informations sus indiquées.
Éléments à fournir pour le premier semestre demandé d'entente préalable	Radio panoramique datée et portant le nom du bénéficiaire
	Téléradio de Profil datée et portant le nom du bénéficiaire
	Compte rendu du bilan ODF datée et portant le nom du bénéficiaire

Zone	Information	Obligatoire	Facultative
Nature de la demande	Nature de la demande		
	*EP *Exécution	*	
Partie réservée à l'assuré	Nom et Prénom	*	
	N°Immatriculation	*	
	N° de la carte d'Identité Nationale	*	
	Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré		
	*Conjoint *Enfant * Lui même		
	Adresse	*	
	Montant des frais		*
	Nombre de pièces jointes		*
Déclaration du Chirurgien Dentiste	Nom et Prénom du bénéficiaire de soins	*	
	Date de naissance	*	
	N° de la CIN	*	
	Sexe		*
Identification du Chirurgien Dentiste	N° INP du médecin traitant	*	

Complétude feuilles de soins pour une demande d'entente préalable dentaire

Zone	Information	Obligatoire	Facultative
Type de soin	Type de soin (à cocher) Soins Prothèse Orthodontie faciale Autres	*	
	N° Entente Préalable		*
	Date d'Accident		*
	Causes et circonstances de l'Accident		*
Déclaration d'exactitude des informations (Assuré)	Date (fait le, à remplir par l'assuré)		*
	Lieu (fait à, à remplir par l'assuré)		*
	Signature de l'assuré		
Déclaration de sincérité des informations (médecin ou établissement de soins)	Date (fait le, à remplir par médecin traitant ou l'établissement de soins)	*	
	Lieu (fait à, à remplir par le médecin traitant ou l'établissement de soins)	*	
	Cachet du médecin traitant ou de l'établissement de soins	*	
	Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins	*	
Description des ordonnances	Date d'exécution		*
	Prix facturé		*
	Signature et cachet du Chirurgien Dentiste et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		*
	N°INP		*
Actes de Biologie, radiologie et Imagerie	Date des actes		*
	Codes des actes		*
	Lettre clé+Cotation NGAP		*
	Valeur clé		*
	Montant facturé		*
	Cachet du Radiologue ou Biologiste		*
	Signature et cachet du Radiologue ou Biologiste		*
N°INP		*	
Actes Paramédicaux	Date des actes		*
	Code des actes		*
	Lettre clé+Cotation NGAP		*
	Valeur clé		*
	Montant facturé		*
	Signature et Cachet du Paramédical		*
	N°INP		*



Complétude feuilles de soins pour une demande d'entente préalable dentaire

Zone	Information	Obligatoire	Facultative
Description des actes effectués	Dents traitées		*
	Code des actes	*	
	Date des actes	*	
	Lettre clé + Cotation NGAP	*	
	Valeur clé		*
	Montant facturé	*	
		(devis estimatif)	
	Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste	*	
Schéma		*	

Important

1- L'accord Préalable de la CNSS est obligatoire pour le 1^{er} semestre demandé. Cet accord doit être demandé avant l'âge de 16 ans pour bénéficier des semestres ODF.

2- Un semestre ne peut être entamé qu'après la fin du semestre précédent.

3- Le code INPE doit être renseigné par le médecin traitant sur tous les imprimés AMO.