

CABINET Docteur Nathalie KEPPI

Chirurgien-Dentiste

Destiné à faciliter la gestion des dossiers médicaux des patients entre le cabinet d'Orthodontie et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, ce formulaire a été réalisé à votre intention.

Nous vous prions de bien vouloir compléter ce document avec la plus grande précision et le remettre ensuite au secrétariat.

Nous vous remercions pour votre précieuse coopération.

L'équipe du Cabinet d'Orthodontie.

LE PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél (domicile + bureau)

Portable :

E-mail :

Adressé par :	- dentiste traitant	oui	non
	- médecin traitant ou pédiatre	oui	non
	- Site internet	oui	non
	- famille / amis	oui	non

Dentiste traitant :

Pour un mineur : Profession du père :

Profession de la mère :

Pour un adulte : Profession :

Une demande d'entente préalable d'orthodontie a-t-elle déjà été faite pour le patient ?

Pour un mineur, coordonnées du responsable financier :

Coordonnées du Responsable de l'autorité parentale :

L'ASSURE

1) SECURITE-SOCIALE

Nom / Prénom de l'assuré

Adresse et tél (si différents de ceux du patient)

N° Sécurité-Sociale :

Centre de paiement :

Etes-vous en CMU ? *
(Couverture Maladie Universelle)

OUI Dans ce cas, quel est l'organisme complémentaire ?

NON

2) MUTUELLE

Nom de l'organisme :

Option :

Etes-vous bénéficiaire de l'ACS OUI

(Aide pour une Complémentaire Santé)

sélectionnée par le Ministère de la Santé ? NON

Contrat A Contrat B Contrat C