

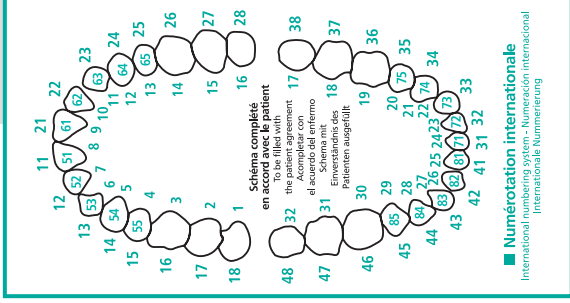
PARTIE RÉSERVÉE À L'USAGE EXCLUSIF DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

PARTIE RÉSERVÉE AUX SOINS DENTAIRES - en rapport avec le traitement ODF

Part reserved for dental treatment - with relation to orthodontic oral surgery treatment / Parte reservada a los cuidados dentarios - en relación con el tratamiento ODF / Nur für zahnärztliche behandlungen - In Zusammenhang mit Kieferorthopädie

VOLET N°1

Section n° 1 / Talón n° 1 / Abschnitt Nr. 1



NOM - PRÉNOM DU PATIENT
Name - Forename of the patient
Apellidos - Nombre del enfermo
Name - Vorname des Patienten

CONSULTATION - RADIOGRAPHIE - PRISE D'EMPREINTE - EXTRACTIONS - ETC
Consultation - Radiography - Taking of mould - Extraction
Untersuchung - Röntgenuntersuchung - Erstellen eines Abdrucks - Extraktion

N° DE DENT	DATE DES ACTES	DESCRIPTION OU COTATION	FACTURE
Tooth number Nr. des Zahns	Date - Fecha Behandlungsdatum	Description or classification Beschreibung oder Kosteneingabe	Invoice Factura Rechnung

TOTAL FACTURE
Total invoice - Total factura
Gesamtrechnungsbetrag

MONTANT RÉGLÉ LE
Amount paid on the
Importe pagado el - Betrag bezahlt am

IDENTIFICATION DU PRATICIEN TRAITANT (Cachet)
Identification of the practitioner (Stamp)
Identificación del médico (Sello)
Identifikation des behandelnden Arztes (Stempel)

SIGNATURE DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION DES ACTES ET LES HONORAIRES PERÇUS
Signature of practitioner confirming the completion of the work and the fees paid.
Firma del médico atestando la atención profesional y los honorarios percibidos.
Unterschrift des Arztes zur Bescheinigung der durchgeführten Behandlungen und der erhaltenen Honorare.

PARTIE RÉSERVÉE AUX TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES (ODF)

Part reserved for the dentofacial orthodontics / Parte reservada a la Ortodoncia Dentofacial / Nur für Kieferorthopädie

VOLET N°2

Section n° 2 / Talón n° 2 / Abschnitt Nr. 2

NOM - PRÉNOM DU PATIENT
Name - Forename of the patient
Apellidos - Nombre del enfermo
Name - Vorname des Patienten

PROPOSITION - Propuesta - Angebot
 EXÉCUTION - Ejecución - Ausführung

PÉRIODE CONCERNÉE PAR LE TRAITEMENT
Period for the treatment - Período correspondiente al tratamiento - Behandlungszeitraum

N° DE SEMESTRE
Semester number
N° de semestre - Semester Nr.
1 2 3 4 5 6

PÉRIODE du _____ au _____
Period from - Período del - Von _____ to - al - bis _____

PARTIE RÉSERVÉE À LA CONTENTION
Period for the treatment - Período correspondiente al tratamiento - Behandlungszeitraum

1^{re} ANNÉE - 1^{er} año - 1. Jahr
 2^e ANNÉE - 2^o año - 2. Jahr

IMPORTANT : N'OMETTEZ PAS DE COMPLÉTER LE VOLET N° 3 CI-DESSOUS :
Important: do not forget to complete section N° 3 (below)
Importante: no olvide completar el talón N° 3 (abajo)
Wichtig: Nicht vergessen, den Abschnitt Nr. 3 auszufüllen (unten)

DÉBUT DU TRAITEMENT
Start of treatment - inicio del tratamiento - Behandlungsbeginn

DURÉE PRÉVISIBLE
Duration - Duración - Dauer

IDENTIFICATION DU PRATICIEN TRAITANT (Cachet)
Identification of the practitioner (Stamp)
Identificación del médico (Sello)
Identifikation des behandelnden Arztes (Stempel)

AVIS TECHNIQUE DU SERVICE DENTAIRE DE LA CFE (sous réserve de l'ouverture des droits administratifs)

APRÈS PROPOSITION

APRÈS EXECUTION

MONTANT DES HONORAIRES PERÇUS
Amount of the fees paid
Importe de los honorarios percibidos.
Ehaltene Honorare.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Medical information / Informaciones médicas / Medizinische Anmerkungen

IDENTIFICATION DU PRATICIEN TRAITANT (Cachet)
Identification of the practitioner (Stamp) - Identificación del médico (Sello)
Identifikation des behandelnden Arztes (Stempel)

N° D'IMMATRICULATION DE L'ASSURÉ

NOM - PRÉNOM du Patient
Name - forename of the patient / Apellidos - nombre del enfermo / Name - Vorname des Patienten

CASES À COCHER - Spaces to fill - Casillas a rellenar - Zutreffendes bitte ankreuzen :

- PREMIÈRE PRISE EN CHARGE** - First treatment - Primer tratamiento - Erstbehandlung
- RENOUVELLEMENT** - Renewal - Renovación - Erneuerung (*)
- CONTENTION** - Contention - Contención - Spannvorrichtung
- AUTRES** - Others - Sonstige :

(*) RENOUELEMENT
Dans le cas ou le début du traitement n'a pas été pris en charge par la CFE, l'assuré doit bien préciser les coordonnées du Centre de Sécurité sociale ou de l'organisme qui est à l'origine du premier accord en complétant l'autorisation de transfert du dossier médical (imprimé de couleur jaune annexé au guide de l'adhérent et téléchargeable sur notre site www.cfe.fr).

ANOMALIES DENTAIRES - Dental anomalies - Anomalías dentales - Zahnanomalien :

PLAN DE TRAITEMENT - Treatment plan - Plan de tratamiento - Behandlungsplan :

APPAREILLAGE FIXE OU AMOVIBLE - Fixed or removable equipment - Festsitzende oder herausnehmbare Apparate :

VOLET N°3

Section n° 3 / Talón n° 3 / Abschnitt Nr. 3

