

A COMPLETER PAR LE PRATICIEN TRAITANT

ACTES EN SERIE ET PROTHESES

Sont concernés les actes suivants :

Traitements de Type 1 :

Acupuncture, chimiothérapie, dialyse, électrothérapie, physiothérapie, radiothérapie, kinésithérapie, orthophonie, orthoptie, soins infirmiers, prothèses médicale (1).

Traitement de Type 2 :

Traitements psychiatriques ou psychothérapeutiques (uniquement pour les traitements effectués par un médecin).

(1) : Prothèses médicales : Joindre l'ordonnance

TRAITEMENT DE TYPE 1

Pathologie présentée : _____

Nature des actes : _____

Nombre d'actes : _____ Coût total : _____ €

TRAITEMENT DE TYPE 2

Description des symptômes cliniques : _____

Diagnostic : _____

Antécédents personnels : _____

Antécédents familiaux : _____

Personnalité du patient : _____

Type de thérapie envisagée : _____

Contrat thérapeutique : _____

Objet de la thérapie avec résultats attendus : _____

Nombre total de séances : _____ Fréquence de ces séances : _____

Coût de chaque séance : _____ €

Date : _____ / _____ / 20____

Signature et cachet du Praticien

Signature du Patient

J'autorise mon médecin traitant à communiquer au médecin-conseil de MGEN IB toutes les informations médicales nécessaires pour statuer sur mon dossier.



DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE

Les traitements prothétiques ne peuvent être remboursés par **MGEN IB** que dans le cas où ils ont fait l'objet d'un accord préalable de la Commission Médicale, au vu de ce document. Celui-ci, complété par le Praticien, doit être adressé par courrier ou par fax à :

ACI Gestion – B.P. 35 – 74270 - FRANGY - France

Tél : 33 4 50 88 10 09 - Fax : 33 4 50 02 05 65

Frais-de-sante@bil-assurances.fr

Cet imprimé doit être adressé 15 jours avant la date prévue pour le début du traitement.

IMPORTANT :

Les documents à joindre à la présente demande sont indiqués en italiques.

Dans tous les cas (orthodontie – prothèses dentaires – parodontologie – implantologie) : retourner la présente demande accompagnée d'un devis détaillé de l'ensemble du traitement.

L'ASSURE

NOM : _____ PRENOM : _____

N° d'identification B.I.L : _____

Pays où ont été dispensés les soins : _____

Téléphone : _____ Email : _____

LE PATIENT (Si Patient différent de l'Assuré)

NOM : _____ PRENOM : _____

Date de naissance : _____

Les soins sont ils consécutifs à un accident : OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez joindre à ce document un descriptif détaillé des circonstances de l'accident.

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés sur la demande de remboursement.

La fraude ou fausse déclaration expose à la radiation, la peine d'amende et/ou d'emprisonnement (Articles L766-1-3, L114-13 du code de la Sécurité sociale et 441.1 du code pénal).

Signature de l'assuré :

A COMPLETER PAR LE PRATICIEN TRAITANT

TRAITEMENTS DENTAIRES

ORTHODONTIE

Si la demande entre dans le cadre d'une intervention en denture mixte :

S'agit-il d'une rééducation de praxies ?

OUI

NON

S'agit-il d'un appareillage à visées intéroceptive précoce ?

OUI

NON

Durée prévisible du traitement en denture mixte : _____ mois.

Si le plan thérapeutique intervient en denture définitive, indiquer l'ensemble des valeurs qui suivent :

Si l'analyse de Ricketts est utilisée :

R1 – Angle facial en degrés : _____

R2 – HFI en degrés : _____

R3 – Convexité en millimètres : _____

R4 – DDM en millimètres : _____

R5/T5 – Classe dentaire molaire avec décalage mesurée en millimètres : _____

R6/T6 – Supraclusion ou infraclusion mesurée en millimètres : _____

R7/T7 – Endoalvéolie ou exoalvéolie par rapport au nombre de dents concernées : _____

Pas d'anomalie : _____ Anomalies multiples : _____ Anomalie isolée d'une dent : _____ Atteinte d'un secteur complet au moins : _____

R8/T8 – Angle incisive inférieure / NaPong en degrés : _____

R9/T9 – Angle 11/41 ou 21/31 en degrés : _____

R10/T10 – Distance bord libre 11/41 ou 21/31 en millimètres : _____

R11/T11 – Durée prévisible du traitement en denture définitive (en mois) : _____

Si l'analyse de Tweed est utilisée :

T1 – FMIA en degrés : _____

T2 – IMPA en degrés : _____

T3 – ANB en degrés : _____

T4 – DDM totale : _____

PROTHESES DENTAIRES

Retourner la présente demande accompagnée des documents et informations suivants :

Panoramique dentaire au-delà de 3 dents et clichés rétroalvéolaires au RVG, après traitement ou reprise de traitement endodontique

Prothèse sur dents dévitalisées (n° des dents) _____ Prothèse sur dents vivantes (n° des dents) : _____

PARODONTOLOGIE

Retourner la présente demande accompagnée des documents et informations suivants :

Bilan rétroalvéolaire (statuts) + nombre de quadrants + secteur concerné + diagnostic + plan de traitement

IMPLANTOLOGIE

Retourner la présente demande accompagnée des documents et informations suivants :

Panoramique dentaire + site implantaire (n° des dents à remplacer par des implants) + compte-rendu comprenant la hauteur d'os disponible dans le site implantaire + contre-indications éventuelles

Date : _____ / _____ / 20_____

Cachet et signature du professionnel de santé

Signature du Patient

J'autorise mon médecin traitant à communiquer au médecin-conseil de MGEN IB toutes les informations médicales nécessaires pour statuer sur mon dossier