Caisse des Français de l'Étranger
La Sécurité sociale des expatriés

FEUILLE DE SOINS DENTAIRES POUR L'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE (ODF)

Réservée à l'usage exclusif des adhérents de la CFE – A ne pas utiliser pour les soins reçus en France
A ne pas utiliser pour les soins dentaires et prothèses sans rapport avec un traitement ODF *

Pour vous aider à renseigner cette feuille de soins, vous êtes invité(e) à vous référer aux conseils pratiques en bas de cette page

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (**obligatoire**) : |___| |___|___| |___|___| |___|___| |___|___|___| |___|___|___| |___|___|

NOM *(en capitales)* : ..... **Date de naissance** : |____| / |____| / |____|

Prénom : .....

Pays où ont été dispensés les soins : .....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (s'il ne s'agit pas de l'adhérent)

NOM *(en capitales)* : ..... **Date de naissance** : |____| / |____| / |____|

Prénom : .....

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ? ☐ Oui ☐ Non ⇨Si oui, laquelle ? .....
Est-il retraité ? ☐ Oui ☐ Non
A-t-il des ressources personnelles de quelque nature que ce soit ? ☐ Oui ☐ Non

Je m'engage à signaler tout changement dans la situation de cet ayant-droit

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les remboursements sont effectués systématiquement selon les modalités habituelles.
Signaler tout changement d'adresse et de domiciliation bancaire (RIB à joindre)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document et m'engage à signaler à la CFE toute modification de ma situation et notamment tout changement de pays.
Les fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de pénalités, à la radiation, à des peines d'amende et/ou d'emprisonnement (articles L766-1-3 et L766-2-2 du code de la Sécurité Sociale – articles 313-1, 313-2-5, 441-1 et 441-6 du code pénal).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des dossiers de sécurité sociale des Français de l'étranger. Les destinataires des données sont : les organismes de protection sociale français, les caisses de retraite, les organismes gestionnaires de complémentaire santé, le ministère des Affaires étrangères, les établissements et professionnels de santé, les employeurs mandatés et les organismes bancaires. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de traitement :
Monsieur le Directeur de la CFE, CFE RELATION CLIENT – 160 rue des Meuniers – 77950 RUBELLES – France

Signature :

RENOUVELLEMENT DES FEUILLES DE SOINS (imprimé téléchargeable sur notre site www.cfe.fr, rubrique « vos imprimés »)

Pour obtenir des feuilles de soins dentaires, indiquez le nombre souhaité : .....

IMPORTANT : CONSEILS PRATIQUES AUX ADHÉRENTS

- **Utilisez une feuille de soins par praticien et par patient**. Pensez à joindre un **RIB** lors de votre 1er envoi de feuille(s) de soins.
- **Complétez obligatoirement cette 1ère page** : tous les éléments doivent être renseignés pour le bon traitement de votre demande. N'omettez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de **signer la feuille de soins**.
- **Les volets 1,2 et 3 doivent être complétés par le praticien**. Le volet 1 est réservé aux soins dentaires en rapport avec le traitement de l'ODF, le volet 2 aux traitements orthodontiques et le volet 3 concerne les renseignements médicaux confidentiels (schéma dentaire).
- Pour être remboursé(e), la présente feuille de soins **doit comporter la mention « acquittée » apposée par le praticien** attestant du paiement.

INFOS PRATIQUES

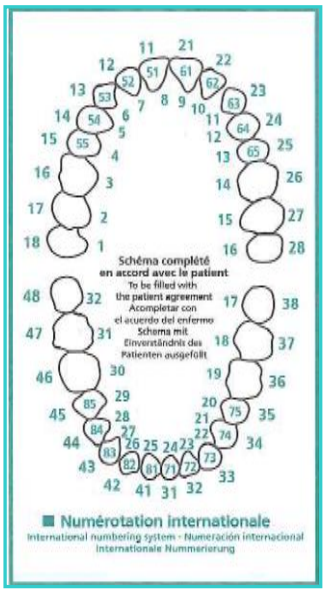
- Le traitement doit être **commencé avant le 16ème anniversaire** et au plus tard 6 mois après la date d'accord, sous peine de caducité de celui-ci.
- La Caisse doit avoir donné son accord pour commencer et poursuivre le traitement.
- Cet **accord préalable** est **obligatoire dans les cas suivants** :
  - au début du traitement (1er semestre),
  - lors de la reprise par la CFE d'un traitement en cours préalablement pris en charge par un autre organisme de sécurité sociale ou par une compagnie privée d'assurances,
  - en cas de changement de praticien en cours de traitement,
  - pour la contention.
- Pour formaliser l'accord préalable, il convient de faire compléter cette feuille de soins ODF par le praticien (volets 2 et 3) et de l'envoyer à la Caisse qui notifiera sa décision.
- A la suite de l'accord de la Caisse, **le remboursement intervient sur présentation d'une feuille de soins acquittée** transmise après la facturation du traitement par le praticien tous les mois ou chaque semestre, **à terme échu**. Pour les cas particuliers, demandez notre guide ODF.
- Dans tous les cas, le remboursement des feuilles de soins est subordonné à l'acquit de vos cotisations à la date des soins.
- * SOINS ET PROTHESES DENTAIRES SANS RAPPORT AVEC L'ODF : Une feuille de soins spécifique est réservée aux soins dentaires et prothèses sans rapport avec l'ODF. Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : **www.cfe.fr**

PARTIE RÉSERVÉE A L'USAGE EXCLUSIF DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Identité du patient : NOM : …… **PRENOM** : …… **DATE DE NAISSANCE** : |___| / |___| / |___|

PARTIE RÉSERVÉE AUX SOINS DENTAIRES – en rapport avec le traitement ODF — Volet n° 1

Section reserved to dental treatment related to orthodontic oral surgery treatment – Parte reservada a los cuidados dentarios en relacion con el tratamiento ODF



CONSULTATION – RADIOGRAPHIE – PRISE D'EMPREINTES – EXTRACTIONS – ETC …

Consultation – Radiography – Dental impression – Extraction
Consulta – Radografia – Toma de impresion – Extracion

N° DE DENT Tooth number N° de diente	DATE DES ACTES Date – Fecha	DESCRIPTION DE L'ACTE (NE PAS UTILISER DE COTATIONS ALPHA-NUMERIQUES) Description (Do not use alphanumeric codes) Descripcion (No utilizar codigos alfanuméricos)	MONTANT DES HONORAIRES Invoice – Factura
		MONTANT RÉGLÉ : Amount paid – Importe pagado – Betrag bezahlt	……

PARTIE RÉSERVÉE AUX TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES (ODF) — Volet n° 2

Section reserved for the dentofacial orthodontics – Parte reservada a la Ortodoncia Dentofacial

☐ **PROPOSITION** – Proposal – Propuesta

☐ **EXECUTION** – Completion – Ejecucion

DÉBUT DE TRAITEMENT : |____| / |____| / |____|
Start of the treatment – Inicio del tratamiento

DURÉE PRÉVISIBLE : ……
Duration – Duracion

PÉRIODE CONCERNÉE PAR LE TRAITEMENT
Period corresponding to the treatment – Periodo correspondiente al tratamiento

N° de SEMESTRE :
Semester number – N° de semestre

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

PÉRIODE du |____| / |____| / |____| **au** |____| / |____| / |____|
Period from – Periodo del — to – al

PARTIE RÉSERVÉE A LA CONTENTION
Period corresponding to the treatment – Periodo correspondiente al tratamiento

☐ **1ère ANNÉE** – 1st year – 1° año

☐ **2ème ANNÉE** – 2nd year – 2° año

MONTANT RÉGLÉ :
Amount paid – Importe pagado – Betrag bezahlt ……..

ATTESTATION DE PAIEMENT
Volets n° 1 et n° 2

DATE, SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION DES ACTES ET LES HONORAIRES PERCUS
Signature and stamp of the practionner confirming the completion of the work and the fees paid.
Firma y Sello del medico atestando le atencion professional y los honorarios percibidos.

|____| / |____| / |____|

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX — Volet n° 3

Medical informations – Informaciones médicas

CASES A COCHER - Spaces to fill – Casillas a rellenar :

- ☐ PREMIERE PRISE EN CHARGE - First treatment – Primer tratamiento
- ☐ RENOUVELLEMENT – Renewal – Renovacion *
- ☐ CONTENTION - Contention – Contencion
- ☐ AUTRES - Others – Otros ……
  ……

** RENOUVELLEMENT : Dans le cas ou le début de 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 1er 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*

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

ANOMALIES DENTAIRES -Dental anomalies – Anomalias dentales :

……
……

PLAN DE TRAITEMENT - Treatment plan – Plan de tratamiento :

……
……

APPAREILLAGE FIXE OU AMOVIBLE - Fixed or removable braces – Protesis fija à amovible :

……
……