

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS
DOCTEUR DURAND SOPHIE

19 CHIRURGIEN DENTISTE
SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE
78 BOULEVARD LAUZE

CONVENTIONNEE

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CRB. CONV. Z.ISD IK SPEC

- Si les soins sont dispensés à titre libéral, dans un établissement de soins, Cachet de cet établissement

- Si les soins sont dispensés par un chirurgien dentiste salarié

NOM du chirurgien dentiste

IDENTIFICATION

PARTIE RESERVEE AU CHIRURGIEN DENTISTE TRAITANT

Références Nationales Opposables

R. ☐

HR. ☐

Date de la proposition

25 10/1 2024

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

1050

Un devis a-t-il été remis à l'assuré :

OUI ☒

NON ☐

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS

DOCTEUR DURAND SOPHIE

19 CHIRURGIEN DENTISTE
SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE
78 BOULEVARD LAUZE

CONVENTIONNEE

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CRB. CONV. Z.ISD IK SPEC

- Si les soins sont dispensés à titre libéral, dans un établissement de soins, Cachet de cet établissement

- Si les soins sont dispensés par un chirurgien dentiste salarié

NOM du chirurgien dentiste

IDENTIFICATION

NOM et PRENOM DU PATIENT

(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé(e))

Date de naissance

N° d'immatriculation de l'assuré(e)

283 02 13 055 288 75

(1) Mettre une croix dans la case concernée

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (1)

TRAITEMENT D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

☐ Début de traitement

☐ Surveillance

☐ Suite - semestre n°

☒ Contention - année n°

☐ Autres
lesquels

DIAGNOSTIC

(uniquement lors d'une 1ère demande ou d'une réévaluation)

Anomalie(s) basale(s) :

Maxillaire

Mandibulaire

Sens sagittal

☐ Pro

☐ Retro

☐ Pro

☐ Retro

Sens transversal

☐ Endo

☐ Exo

☐ Endo

☐ Exo

Sens vertical

☐ Hypodivergence

☐ Hyperdivergence

Maxillaire

Mandibulaire

☐ Pro

☐ Retro

☐ Endo

☐ Exo

☐ Supraclusion

☐ Infraclusion

Classe dentaire molaire ☐ Cl.I ☐ Cl.II ☐ Cl.III

Classe dentaire canine ☐ Cl.I ☐ Cl.II ☐ Cl.III

☐ Dysharmonie dento-maxillaire

☐ Dysharmonie dento-dentaire

Agénésie(s)

Dent(s) incl. ou Surnum.

Malposition(s)

Occlusion inversée

☐ Droite

☐ Gauche

☐ Antérieure

Facteur(s) fonctionnel(s)

PLAN DE TRAITEMENT (Y COMPRIS LES MOYENS THERAPEUTIQUES PREVUS) (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'une réévaluation)

COMMENTAIRES

Contention 2ème année

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE:

25 10/1 2024