

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS  
**DOCTEUR DURAND SOPHIE**19 CHIRURGIEN DENTISTE  
SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE  
78 BOULEVARD LAUZE

CONVENTIONNE

13010 MARSEILLE

=&gt; 13 4 00027 2

00 1 20 1 19

CRB. CONJ. Z.I.SD 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

03/07/2024

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

T030

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

OUI ☒NON ☐

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS

**DOCTEUR DURAND SOPHIE**

CONVENTIONNE

19 CHIRURGIEN DENTISTE  
SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE  
78 BOULEVARD LAUZE

13010 MARSEILLE

=&gt; 13 4 00027 2

00 1 20 1 19

CRB. CONJ. Z.I.SD 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

12/12/2013

N° d'immatriculation de l'assuré(e)

2 79 10 13 055 650

37

(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  
Sens transversal  
Sens vertical☐ Pro ☐ Retro  
☒ Endo ☐ Exo  
☐ Hypodivergence☐ Pro ☐ Retro  
☐ Endo ☐ Exo  
☐ Hyperdivergence

Anomalie(s) alvéolaire(s) :

Maxillaire

Mandibulaire

☐ Pro ☐ Retro  
☐ Endo ☐ Exo  
☐ Supracclusion☐ Pro ☐ Retro  
☐ Endo ☐ Exo  
☐ InfraclusionClasse dentaire molaire ☒ Cl.I ☐ Cl.II ☐ Cl.IIIClasse 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)

Plaque d'expansion palatine avec verres

COMMENTAIRES

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE: 03/07/2024