

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS

DOCTEUR DURAND SOPHIE

19 CHIRURGIEN DENTISTE

CONVENTIONNE

SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE  
78 BOULEVARD LAUZE

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CRB. CONV. 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

31/07/2024

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

7050

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

CONVENTIONNE

SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE  
78 BOULEVARD LAUZE

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CRB. CONV. 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

19/10/2008

N° immatriculation de l'assuré(e)

2 78 12 86 383 095 60

(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

Anomalie(s) alvéolaire(s) :

Maxillaire

Mandibulaire



Pro



Retro



Pro



Retro



Endo



Exo



Endo



Exo



Supraclusion



Infraclusion

Classe dentaire molaire



CI.I



CI.II



CI.III

Classe dentaire canine



CI.I



CI.II



CI. 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)

traitement par appareil multibagues haut et bas  
fermetures des diastèmes et contention de fin de traitement

COMMENTAIRES

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE:

31/07/2024