

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS
DOCTEUR DURAND SOPHIE19 CHIRURGIEN DENTISTE
SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE
78 BOULEVARD LAUZE

CONVENTIONNE

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CAB. CORR. Z. ISO IK SPEC

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

28/8/24

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

7090

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

OUI



NON



IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS

DOCTEUR DURAND SOPHIE19 CHIRURGIEN DENTISTE
SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE
78 BOULEVARD LAUZE

CONVENTIONNE

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CAB. CORR. Z. ISO IK SPEC

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

06/08/2001

N° immatriculation de l'assuré(e)

172 01 99 351 403

01

(1) Mettre une croix dans la case concernée

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (1)

TRAITEMENT D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE



Début de traitement



Surveillance



Suite - semestre n°

2



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 ☐ 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)

COMMENTAIRES

suite alignement haut et bas

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE:

28/8/24