

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

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CAR. 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

02/10/2024

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

7075

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

CONVENTIONNE

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CAR. 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

N° immatriculation de l'assuré(e)

HOAKIMYEN Alexandra

(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

Anomalie(s) alvéolaire(s) :

Maxillaire

Mandibulaire

Sens sagittal  
Sens transversal  
Sens vertical

☐ Pro  
☐ Endo  
☐ Hypodivergence

☐ Retro  
☐ Exo

☐ Pro  
☐ Endo  
☐ Hyperdivergence

☐ Retro  
☐ Exo

☐ Pro  
☐ Endo  
☐ Supraclusion

☐ Retro  
☐ Exo

☐ Pro  
☐ Endo  
☐ Infraclusion

☐ Retro  
☐ Exo

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

☐ Dysharmonie dento-maxillaire

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 1ère année

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE:

02/10/2024