

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS

DOCTEUR DURAND SOPHIE

19 CHIRURGIEN DENTISTE
SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE
78 BOULEVARD LAUZE

CONVENTIONNE

- 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

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CBS. CONV. Z. ISD IK SPEC

IDENTIFICATION

PARTIE RESERVEE AU CHIRURGIEN DENTISTE TRAITANT

Références Nationales Opposables

R. ☐

HR. ☐

Date de la proposition

31/7/24

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

To 80

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

- 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

13010 MARSEILLE

=> 13 4 00027 2 00 1 20 1 19

CBS. CONV. Z. ISD IK SPEC

IDENTIFICATION

NOM et PRENOM DU PATIENT

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

Date de naissance

27/08/2007

N° immatriculation de l'assuré(e)

288069912345323

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (1)

TRAITEMENT D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

(1) Mettre une croix dans la case concernée

☐ Début de traitement
☐ Surveillance

☒ Suite - semestre n° 4
☐ 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
☐ Supraclusion

☐ Pro ☐ Retro
☐ Endo ☐ Exo
☐ 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

Sule

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE:

31/7/24