

cerfa
N° 10518*01

TRAITEMENTS D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE - DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE
CHIRURGIEN DENTISTE

DATE DE RECEPTION DE LA DEMANDE

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS
DOCTEUR DURAND SOPHIE
19 CHIRURGIEN DENTISTE
BELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE
78 BOULEVARD LAUZE
CONVENTIONNE
13010 MARSEILLE
=> 13 4 00027 2 001 20 1 19
CIB, CQIV, Z, ISO, JK, 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: 25/09/24

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes: 1080

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
BELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE
78 BOULEVARD LAUZE
CONVENTIONNE
13010 MARSEILLE
=> 13 4 00027 2 001 20 1 19
CIB, CQIV, Z, ISO, JK, 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: 28/09/83
N° d'immatriculation de l'assuré(e): 285098309001541

(1) Mettre une croix dans la case concernée

RENSEIGNEMENTS MEDIOAUX (1)
TRAITEMENT D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

☐ Début de traitement
☐ Surveillance

☒ Suite - semestre n° 2
☐ Contentions - année n°

DIAGNOSTIC (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'une réévaluation)

Anomalie(s) basale(s):

Maxillaire		Mandibulaire	
☐ Pro	☐ Retro	☐ Pro	☐ Retro
☐ Endo	☐ Exo	☐ Endo	☐ Exo
☐ 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. III

Classe dentaire canine: ☐ Cl. I ☐ Cl. II ☐ Cl. III

☐ Dysharmonie dento-maxillaire

☐ Dysharmonie dento-dentaire

Agénésie(s):

Occlusion inversée: ☐ Droite ☐ Gauche

Dent(s) incl. ou Sumum. 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

Signature du Chirurgien Dentiste: *Cl*

DATE: 25/09/24

S 3150