



ASSURANCES SERVICES
FINANCIERS

Dossier N° : 007.977.018.Y - E 6688

"PRÉJUDICE DENTAIRE" Certificat médical (à faire remplir par votre chirurgien-dentiste)

Nom et prénom de l'intéressé : M GULKASEHIAN Denis

Date de naissance : 11/09/1966

Date de l'événement : 10/02/2024

Tampou du praticien
DR ESKENAZI - SCLAU
734048735
78 BD MIREILLE LAUZE
13010 MARSEILLE
TEL : 0491798582

Certificat initial détaillé : indiquer la ou les dents lésées, la nature de la lésion ainsi que la date de la première consultation.

le 12/02/24

trauma occlusal RAS

trauma occlusal : mobilité 4 de la 22 (extraction en urgence)

État dentaire antérieur : préciser l'état dentaire antérieur à l'accident (pas d'état antérieur, dent(s) traitée(s), dent(s) dévitalisée(s), dent(s) absente(s), prothèse dentaire).

16 couronné

46 couronnée (5 entaillée)

26 et 36 obturées

Si prothèse dentaire antérieure, préciser :

- la ou les dents concernées : _____
- la nature (couronne, appareil mobile) : _____
- les matériaux utilisés (résine, céramique, métal) : _____
- l'ancienneté avec date de réalisation : _____

Pas sur la 22

Soins envisagés en rapport avec l'accident : traitement provisoire, orthodontie, prothèse provisoire, prothèse définitive, description, nombre et identification des éléments, qualité.

le 12/02/24 en urgence : extraction

puis réalisation de prothèse et parodontologie d'entretien la 22

Montant du devis selon coût actuel : réhabilitation 22 2 vers 5 après cicatrisation

Prise en charge C.P.A.M : _____ €

absence

Délai prévu pour la réalisation de la prothèse définitive : 1 an

Date : 12/02/2024

Signature _____