

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS

DR ESKENAZI ROBERT

19 CHIRURGIEN-DENTISTE
78 BD MIREILLE LAUZE
SELARL

CONVENTIONNE

13010 MARSEILLE

=> 13 4 02055 1

00 1 20 1 19

CRB. CONV. Z.1SD 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

29/12/20

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

TO 50

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

OUI ☒

NON ☐

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS

DR ESKENAZI ROBERT

19 CHIRURGIEN-DENTISTE
78 BD MIREILLE LAUZE
SELARL

CONVENTIONNE

13010 MARSEILLE

=> 13 4 02055 1

00 1 20 1 19

CRB. CONV. Z.1SD 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

11/11/2003

N° immatriculation de l'assuré(e)

BREDAEN BAEL ALEX
273113055 427

85

(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°

2

☐ 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	☐ Supraclusion	☐ Infraclusion

Anomalie(s) alvéolaire(s) :

	Maxillaire		Mandibulaire	
Sens sagittal	☐ Pro	☐ Retro	☐ Pro	☐ Retro
Sens transversal	☐ Endo	☐ Exo	☐ Endo	☐ Exo
Sens vertical	☐ Hypodivergence	☐ Hyperdivergence	☐ 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)

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)

Contention 2ème Année -

COMMENTAIRES

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE :

29/12/20