

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

CAB. CONV. Z. ISD 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

15.07.2020

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

T030

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

CAB. CONV. Z. ISD 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

21/10/06

ZELNATI ABDELATIF

N° immatriculation de l'assuré(e)

280 0799 352 363 53

(1) Mettre une croix dans la case concernée

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (1)

TRAITEMENT D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

☐ Début de traitement
☐ Surveillance☒ Suite - semestre n° 3
☐ Contention - année n°☐ Autres
lesquels

DIAGNOSTIC

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

Anomalie(s) basale(s) :

Maxillaire

Sens sagittal
Sens transversal
Sens vertical☐ Pro ☐ Retro
☐ Endo ☐ Exo
☐ Hypodivergence

Mandibulaire

☐ Pro ☐ Retro
☐ Endo ☐ Exo
☐ Hyperdivergence

Anomalie(s) alvéolaire(s) :

Maxillaire

☐ Pro ☐ Retro
☐ Endo ☐ Exo
☐ Supraclusion

Mandibulaire

☐ Pro ☐ Retro
☐ Endo ☐ Exo
☐ InfraclusionClasse dentaire molaire ☐ Cl.I ☐ Cl.II ☐ Cl.III☐ Dysharmonie dento-maxillaire

Agénésie(s)

Dent(s) incl. ou Sursum.

Occlusion inversée



Droite



Gauche



Antérieure

Classe dentaire canine ☐ Cl.I ☐ Cl.II ☐ Cl.III☐ Dysharmonie dento-dentaire

Malposition(s)

Facteur(s) fonctionnel(s)

PLAN DE TRAITEMENT (Y COMPRIS LES MOYENS THERAPEUTIQUES PREVUS) (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'une réévaluation)

COMMENTAIRES

Suite alignement

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE :

15.07.2020