

N° 10518*01

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

- 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

27/08/20

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

7090

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

- 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

12/01/06

N° d'immatriculation de l'assuré(e)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (1)

TRAITEMENT D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

(1) Mettre une croix dans la case concernée

☐

Début de traitement

☐

Surveillance

☒

Suite - semestre n°

☐

Contention - année n°

4

☐

Autres

☐

lesquels

DIAGNOSTIC

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

Anomalie(s) basale(s) :

Maxillaire

Sens sagittal

☐

Pro

☐

Retro

Sens transversal

☐

Endo

☐

Exo

Sens vertical

☐

Hypodivergence

Mandibulaire

Pro

☐

Retro

Endo

☐

Exo

Hyperdivergence

Anomalie(s) alvéolaire(s) :

Maxillaire

☐

Pro

☐

Retro

☐

Endo

☐

Exo

Supraclusion

Mandibulaire

☐

Pro

☐

Retro

☐

Endo

☐

Exo

Infraclusion

Classe 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)

Reprise traitement suite Alignement

COMMENTAIRES

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE :

27/08/20

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien
N° de rétablissement (FINESS):

D^r Durand Sophie
134000272

Identification du patient

Nom et prénom : BOURASS NOA
N° de Sécurité sociale du patient : 276111305597074
Date de naissance : 12-01-06

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM, NGAAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Parier (***)	Honoraires forfaitaire de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO	Montant non remboursé AMO
1		TO90	Traitement O.D.F. <16 ans	emax	O.D.F.	690,00	193,00	135,10	0,00	554,90
2		TO75	Contention O.D.F. 1ère année <	emax	O.D.F.	350,00	161,00	112,70	0,00	237,30
Total:						1 040,00	354,00	247,80	0,00	792,20

134000272