

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

DATE DE
RECEPTION DE
$\overline{}$

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU CENTRE DE	- Si les soins sont dispensés à titre libéral, dans un établisement de soins, - Si les soins sont dispensés par un chirurgien dentiste salarié
19- Chirurgie Dentaire conventionné	Cachet de cet établissement NOM du chirurgien dentiste
23 Allées Brouchet Agr.Radio	
40 000 MONT DE 123841/01 E1 => 40 4 00519 1 00 1 20 1 19	
	URGIEN DENTISTE TRAITANT
TAICHE RECERVEE AC OFFICE	ONOIEN BENTIOTE TRAITAIN
Références Nationales Opposables	R HR H
Date de la proposition 13-02-2013	
Date de début effectif du traitement 15-02-2011	
Cotation des actes TO90	
Un devis a-t-il été remis à l'assuré : OUI	X NON .
IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU CENTRE DE	- Si les soins sont dispensés à titre libéral, dans un établisement de soins, chirurgien dentiste salarié
Docteur Henri DELLESTABLE 19- Chirurgie Dentaire conventionné	Cachet de cet établissement NOM du chirurgien dentiste
23 Allées Brouchet Agr.Radio	
40 000 MONT DE 123841/01 E1 => 40 4 00519 1 00 1 20 1 19	
=> 40 4 00319 1 00 1 20 1 19	IDENTIFICATION
NOM et PRENOM DU PATIENT (à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé()) Date de naissance 20-09-1997	2750740001016 61
(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé()) Date de naissance 20-09-1997 (1) Mettre une croix dans la case concernée RENSEIGNEMENT ME	2750740001016 61 DICAUX (1) TRAITEMENT E DENTO-FACIAL
(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé()) Date de naissance 20-09-1997 (1) Mettre une croix dans la case concernée RENSEIGNEMENT MEL D'ORTHOPEDI Début de traitement X Suite semestre	DICAUX (1) TRAITEMENT E DENTO-FACIAL n° 5 Autres
(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé()) Date de naissance 20-09-1997 (1) Mettre une croix dans la case concernée RENSEIGNEMENT MEI D'ORTHOPEDI	DICAUX (1) TRAITEMENT E DENTO-FACIAL n° 5 Autres née n° lesquels
(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé()) Date de naissance 20-09-1997 (1) Mettre une croix dans la case concernée RENSEIGNEMENT MEL D'ORTHOPEDI D'ORTHOPEDI X Suite semestre Contention - an DIAGNOSTIC (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'un réévaluation Anomalie(s) basale(s): Maxillaire Mand	DICAUX (1) TRAITEMENT E DENTO-FACIAL n° 5 Autres née n° lesquels
(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé()) Date de naissance 20-09-1997 (1) Mettre une croix dans la case concernée RENSEIGNEMENT MEL D'ORTHOPEDI D'ORTHOPEDI X Suite semestre Contention - an DIAGNOSTIC (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'un réévaluation Anomalie(s) basale(s):	DICAUX (1) TRAITEMENT E DENTO-FACIAL n° 5 Autres née n° lesquels Anomalie(s) alvéolaire(s) :
(a remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé()) Date de naissance 20-09-1997 (1) Mettre une croix dans la case concernée RENSEIGNEMENT ME D'ORTHOPEDI Début de traitement Surveillance DIAGNOSTIC Anomalie(s) basale(s): Maxillaire Mand Sens sagittal Pro Retro Pro	Anomalie(s) alvéolaire(s): Mandibulaire Retro Exo Ce Anomalie(s) alvéolaire(s): Maxillaire Retro Endo Exo Supraclusion Autres Autres Autres Retro Pro Retro Endo Exo Intraclusion
(a remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé()) Date de naissance (1) Mettre une croix dans la case concernée D'ORTHOPEDI Début de traitement Surveillance DIAGNOSTIC (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'un réévaluation Anomalie(s) basale(s): Maxillaire Nance Sens sagittal Sens transversal Pro Endo RENSEIGNEMENT ME D'ORTHOPEDI A Suite semestre Contention - an Maxillaire Mand Pro Endo Retro Pro Endo	Anomalie(s) alvéolaire(s): Mandibulaire Retro Exo Mandibulaire Retro Endo Exo Mandibulaire Retro Endo Exo Mandibulaire Retro Endo Exo Retro Endo Exo Mandibulaire Retro Endo Exo Retro Exo Retro Exo Retro Endo Exo Retro Exo Re
(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé()) Date de naissance 20-09-1997 (1) Mettre une croix dans la case concernée RENSEIGNEMENT MEL D'ORTHOPEDI X Suite semestre Contention - an Surveillance DIAGNOSTIC (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'un réévaluation Anomalie(s) basale(s): Maxillaire Sens sagittal Sens transversal Sens vertical Classe dentaire molaire CI.I CI.II CI.III	DICAUX (1) TRAITEMENT E DENTO-FACIAL n°
(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé()) Date de naissance 20-09-1997 (1) Mettre une croix dans la case concernée D'ORTHOPEDI Début de traitement Surveillance DIAGNOSTIC (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'un réévaluation Anomalie(s) basale(s): Maxillaire Mand Sens sagittal Sens transversal Sens vertical Classe dentaire molaire Classe dentaire molaire Classe dento-maxillaire Agénésie(s) Dent(s) incl. ou Surnum.	Anomalie(s) alvéolaire(s): Mandibulaire Retro Exo Ce Classe dentaire canine Dysharmonie dento-dentaire Matures Iesquels Autres Mandibulaire Mandibulaire Mandibulaire Mandibulaire Mandibulaire Pro Exo Endo Exo Intraclusion CI.II CI.II CI.III CI.III Malposition(s)
(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé()) Date de naissance (1) Mettre une croix dans la case concernée Début de traitement Surveillance DIAGNOSTIC Anomalie(s) basale(s): Maxillaire Sens sagittal Sens transversal Sens vertical Classe dentaire molaire Classe dentaire molaire Classe dentaire molaire Agénésie(s) Occlusion inversée RENSEIGNEMENT MEI D'ORTHOPEDI X Suite semestre Contention - an D'ORTHOPEDI X Suite semestre Contention - an D'ORTHOPEDI D'ORTHOPEDI X Suite semestre Contention - an D'ORTHOPEDI D'ORTHOPEDI Contention - an D'ORTHOPEDI Contention - an D'ORTHOPEDI Contention - an D'ORTHOPEDI D'ORTHOPEDI D'ORTHOPEDI Contention - an D'ORTHOPEDI D'ORTHOPEDI Contention - an D'ORTHOPEDI D'ORTHOPEDI Contention - an D'ORTHOPEDI D'ORTHOPEDI D'ORTHOPEDI Contention - an D'ORTHOPEDI D'ORTHOPEDI Contention - an D'ORTHOPEDI D'ORTHOPEDI D'ORTHOPEDI Contention - an D'ORTHOPEDI D'ORTHOPEDI D'ORTHOPEDI Contention - an D'ORTHOPEDI D'ORTHOPEDI Contention - an D'ORTHOPEDI D'ORTHOPEDI Contention - an D'ORTHOPEDI Contention - an D'ORTHOPEDI Contention - an D'ORTHOPEDI D'ORTHOPEDI Contention - an	DICAUX (1) TRAITEMENT E DENTO-FACIAL n°
(a remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé()) Date de naissance 20-09-1997 (1) Mettre une croix dans la case concernée D'ORTHOPEDI Début de traitement Surveillance DIAGNOSTIC (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'un réévaluation Anomalie(s) basale(s): Maxillaire Mand Sens sagittal Sens transversal Sens vertical Classe dentaire molaire Classe dentaire molaire Classe dentaire molaire Agénésie(s) Occlusion inversée Droite Pro Dent(s) incl. ou Surmum. Dent(s) fonctionnel(s)	DICAUX (1) TRAITEMENT E DENTO-FACIAL n°
(a remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé()) Date de naissance 20-09-1997 (1) Mettre une croix dans la case concernée D'ORTHOPEDI Début de traitement Surveillance DIAGNOSTIC (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'un réévaluation Anomalie(s) basale(s): Maxillaire Mand Sens sagittal Sens transversal Sens vertical Classe dentaire molaire Classe dentaire molaire Classe dentaire molaire Agénésie(s) Occlusion inversée Droite Pro Dent(s) incl. ou Surmum. Dent(s) fonctionnel(s)	DICAUX (1) TRAITEMENT E DENTO-FACIAL n°
(a remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé()) Date de naissance 20-09-1997 (1) Mettre une croix dans la case concernée D'ORTHOPEDI Début de traitement Surveillance DIAGNOSTIC (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'un réévaluation Anomalie(s) basale(s): Maxillaire Mand Sens sagittal Sens transversal Sens vertical Classe dentaire molaire Classe dentaire molaire Classe dentaire molaire Agénésie(s) Occlusion inversée Droite Pro Dent(s) incl. ou Surmum. Dent(s) fonctionnel(s)	Anomalie(s) alvéolaire(s): Anomalie(s) alvéolaire(s): Maxillaire Retro Exo Ce Classe dentaire canine Dysharmonie dento-dentaire Matillaire Retro Exo Collasse dentaire Mandibulaire Retro Exo Endo Exo Intraclusion CI.II CI.II CI.III Antérieure
(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé(i) Date de naissance (1) Mettre une croix dans la case concernée Début de traitement Surveillance DIAGNOSTIC Anomalie(s) basale(s): Maxillaire Anomalie(s) basale(s): Maxillaire Sens sagittal Sens transversal Sens vertical Classe dentaire molaire Classe dentaire molaire Classe dento-maxillaire Agénésie(s) Occlusion inversée Protention - an Protentio	Anomalie(s) alvéolaire(s): Anomalie(s) alvéolaire(s): Maxillaire Retro Exo Ce Classe dentaire canine Dysharmonie dento-dentaire Matillaire Retro Exo Collasse dentaire Mandibulaire Retro Exo Endo Exo Intraclusion CI.II CI.II CI.III Antérieure