

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU CENTRE DE

19- Chirurgie Dentaire conventionné

23 Allées Brouchet Agr.Radio
40 000 MONT DE 123841/01 E1

=> 40 4 00519 1 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 12-09-2013

Date de début effectif du traitement 12-09-2013

Cotation des actes TO90

Un devis a-t-il été remis à l'assuré : OUI ☒ NON ☐

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU CENTRE DE

Docteur Henri DELLESTABLE
19- Chirurgie Dentaire conventionné

23 Allées Brouchet Agr.Radio
40 000 MONT DE 123841/01 E1

=> 40 4 00519 1 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(l))

AGUER MALVIN

Date de naissance

17-07-2005

2771033063451

39

(1) Mettre une croix dans la case concernée

RENSEIGNEMENT MEDICAUX (1) TRAITEMENT
D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIAL

☒ Début de traitement
☐ Surveillance

☐ Suite semestre n°
☐ Contention - année n°

☐ Autres
lesquels

DIAGNOSTIC

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

Anomalie(s) basale(s) :

Maxillaire

Mandibulaire

Anomalie(s) alvéolaire(s) :

Maxillaire

Mandibulaire

Sens sagittal

☐

Pro

☐

Retro

☐

Pro

☐

Retro

Sens transversal

☐

Endo

☐

Exo

☐

Endo

☐

Exo

Sens vertical

☐

Hypodivergence

☐

Hypodivergence

Supraclusion

Intraclusion

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)

Ci-joint

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE : 00-00-000