

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

	DA [*]	TE	DE	
REC	EPT	101	۷D	E
$\overline{}$				

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					
40 000 MONT DE 123841/01 E1 => 40 4 00519 1 00 1 20 1 19	IDENTIFICATION				
	URGIEN DENTISTE TRAITANT				
Références Nationales Opposables	R HR H				
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	X NON .				
IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU CENTRE DE	- Si les soins sont dispensés à titre libéral, dans un établisement de soins,				
Docteur Henri DELLESTABLE 19- Chirurgie Dentaire conventionné	dans un etablisement de soins, 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 00519 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 17-07-2005	2771033063451 39				
(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé()) Date de naissance 17-07-2005 (1) Mettre une croix dans la case concernée RENSEIGNEMENT MEI	2771033063451 39 DICAUX (1) TRAITEMENT E DENTO-FACIAL				
(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé()) Date de naissance 17-07-2005 (1) Mettre une croix dans la case concernée X Début de traitement Suite semestre	DICAUX (1) TRAITEMENT E DENTO-FACIAL Autres				
(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé()) Date de naissance 17-07-2005 (1) Mettre une croix dans la case concernée RENSEIGNEMENT MET D'ORTHOPEDII	DICAUX (1) TRAITEMENT E DENTO-FACIAL n° Autres née n° lesquels				
(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé(i) Date de naissance 17-07-2005 (1) Mettre une croix dans la case concernée RENSEIGNEMENT MET D'ORTHOPEDII X Début de traitement Surveillance DIAGNOSTIC (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'un réévaluation Anomalie(s) basale(s) :	DICAUX (1) TRAITEMENT E DENTO-FACIAL n° Autres née n° lesquels				
(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé(i) Date de naissance 17-07-2005 (1) Mettre une croix dans la case concernée RENSEIGNEMENT MET D'ORTHOPEDII X Début de traitement Surveillance DIAGNOSTIC (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'un réévaluation Anomalie(s) basale(s) :	DICAUX (1) TRAITEMENT E DENTO-FACIAL n°				
(a remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé(l) Date de naissance 17-07-2005 (1) Mettre une croix dans la case concernée RENSEIGNEMENT MET D'ORTHOPEDII X Début de traitement Surveillance DIAGNOSTIC (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'un réévaluation Anomalie(s) basale(s): Maxillaire Retro Pro Retro Pro	Anomalie(s) alvéolaire(s): Mandibulaire Retro Exo Mandibulaire Retro Endo Exo Retro Endo Exo Retro Endo Exo Endo Retro Exo Endo Exo Exo Endo Exo Exo Exo Exo Exo Exo Exo E				
(a remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé(l) Date de naissance 17-07-2005 (1) Mettre une croix dans la case concernée X Début de traitement Surveillance DIAGNOSTIC Anomalie(s) basale(s): Maxillaire Nand Sens sagittal Sens transversal NENSEIGNEMENT MEL D'ORTHOPEDII Autre demande ou d'un réévaluation Anomalie(s) basale(s): Maxillaire Retro Pro Endo Retro Pro Endo	Anomalie(s) alvéolaire(s): Mandibulaire Retro Exo Mandibulaire Retro Endo Exo Retro Endo Exo Retro Endo Exo Endo Retro Exo Endo Exo Exo Endo Exo Exo Exo Exo Exo Exo Exo E				
(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé(i) Date de naissance 17-07-2005 (1) Mettre une croix dans la case concernée RENSEIGNEMENT MET D'ORTHOPEDII X 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 Cl.II CI.III CI.III CI.III	Anomalie(s) alvéolaire(s): Mandibulaire Retro Exo Exo Exo Ce Classe dentaire canine CI.I CI.II CI.III				
(a remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé()) Date de naissance 17-07-2005 (1) Mettre une croix dans la case concernée RENSEIGNEMENT MEI D'ORTHOPEDII X 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 CI.1 CI.II Dysharmonie dento-maxillaire Agénésie(s) RENSEIGNEMENT MEI D'ORTHOPEDII Anomalie(s) basale(s): Maxillaire Pro Exo Endo Hypodivergence Classe dentaire molaire CI.1 CI.II Dent(s) incl. ou Surnum.	Anomalie(s) alvéolaire(s): Anomalie(s) alvéolaire(s): Mandibulaire Retro Exo Endo Supraclusion Classe dentaire canine Dysharmonie dento-dentaire Malposition(s) Autres Mandibulaire Mandibulaire Pro Exo Endo Exo Intraclusion				
(a remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé(i) Date de naissance 17-07-2005 (1) Mettre une croix dans la case concernée RENSEIGNEMENT MET D'ORTHOPEDII X 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 Classe dentaire molaire Agénésie(s) Occlusion inversée RENSEIGNEMENT MET D'ORTHOPEDII Suite semestre Contention - ani Mand Pro Exo Endo Hypodivergence Classe dentaire molaire Cl.I CI.II CI.III Dent(s) incl. ou Surnum. Gauche	Anomalie(s) alvéolaire(s): Anomalie(s) alvéolaire(s): Maxillaire Retro Endo Exo Ce Classe dentaire canine Dysharmonie dento-dentaire Malposition(s) Autres Mandibulaire Retro Exo Endo Exo Intraclusion CI.II CI.II CI.III CI.III Autres Mandibulaire Retro Exo Endo Exo Intraclusion				
(a remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé(i) Date de naissance 17-07-2005 (1) Mettre une croix dans la case concernée RENSEIGNEMENT MET D'ORTHOPEDII X Début de traitement Surveillance DIAGNOSTIC (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'un réévaluation Anomalie(s) basale(s): Maxillaire Pro Endo Hypodivergence Classe dentaire molaire Classe dentaire molaire Classe dentaire molaire Agénésie(s) Occlusion inversée Droite RENSEIGNEMENT MET D'ORTHOPEDII Suite semestre Contention - ani Mand Pro Exo Endo Hypodivergence Classe dentaire molaire CI.I CI.II Dent(s) incl. ou Surnum. Gauche Facteur(s) fonctionnel(s)	Anomalie(s) alvéolaire(s): Anomalie(s) alvéolaire(s): Maxillaire Retro Endo Exo Ce Classe dentaire canine Dysharmonie dento-dentaire Malposition(s) Autres Mandibulaire Retro Exo Endo Exo Intraclusion CI.II CI.II CI.III CI.III Autres Mandibulaire Retro Exo Endo Exo Intraclusion				
(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé()) Date de naissance (1) Mettre une croix dans la case concernée TRENSEIGNEMENT MET D'ORTHOPEDII X Début de traitement Surveillance DIAGNOSTIC (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'un réévaluation Anomalie(s) basale(s): Maxillaire Anomalie(s) basale(s): Maxillaire Pro Endo Hypodivergence Classe dentaire molaire Pro Endo Hypodivergence Classe dentaire molaire Cl	Anomalie(s) alvéolaire(s): Anomalie(s) alvéolaire(s): Maxillaire Retro Endo Exo Ce Classe dentaire canine Dysharmonie dento-dentaire Malposition(s) Autres Mandibulaire Retro Exo Endo Exo Intraclusion CI.II CI.II CI.III CI.III Autres Mandibulaire Retro Exo Endo Exo Intraclusion				
(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé()) Date de naissance (1) Mettre une croix dans la case concernée TRENSEIGNEMENT MET D'ORTHOPEDII X Début de traitement Surveillance DIAGNOSTIC (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'un réévaluation Anomalie(s) basale(s): Maxillaire Anomalie(s) basale(s): Maxillaire Pro Endo Hypodivergence Classe dentaire molaire Pro Endo Hypodivergence Classe dentaire molaire Cl	Anomalie(s) alvéolaire(s): Anomalie(s) alvéolaire(s): Maxillaire Retro Endo Exo Ce Classe dentaire canine Dysharmonie dento-dentaire Malposition(s) Autres Mandibulaire Retro Exo Endo Exo Intraclusion CI.II CI.II CI.III CI.III Autres Mandibulaire Retro Exo Endo Exo Intraclusion				
(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé()) Date de naissance (1) Mettre une croix dans la case concernée RENSEIGNEMENT MET D'ORTHOPEDII X 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 Pro Endo Hypodivergence Classe dentaire molaire Pro Endo Hypodivergence Dent(s) incl. ou Surnum. Occlusion inversée Facteur(s) fonctionnel(s) PLAN DE TRAITEMENT (Y COMPRIS LES MOYENS THERAPEUTIQUES PREVUS) (Anomalie(s) alvéolaire(s): Anomalie(s) alvéolaire(s): Maxillaire Retro Endo Exo Ce Classe dentaire canine Dysharmonie dento-dentaire Malposition(s) Autres Mandibulaire Retro Exo Endo Exo Intraclusion CI.II CI.II CI.III CI.III Autres Mandibulaire Retro Exo Endo Exo Intraclusion				