

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 04-12-2012

Date de début effectif du traitement 03-05-2011

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))

DA COSTA ALYSSA

Date de naissance

07-10-1998

2790193010097

24

(1) Mettre une croix dans la case concernée

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

☐ Début de traitement
☐ Surveillance

☒ Suite semestre n° 4
☐ 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

Sens transversal

Sens vertical

Pro

Retro

Endo

Exo

Hypodivergence

Pro

Retro

Endo

Exo

Hypodivergence

Pro

Retro

Endo

Exo

Supraclusion

Pro

Retro

Endo

Exo

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)

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE : 00-00-000