

N° 10518*01

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN DENTISTE OU CENTRE DE

19- Chirurgie Dentaire conventionné

23 Allées Brouchet
40 000 MONT DEAgr.Radio
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 09-01-2013

Date de début effectif du traitement 18-01-2011

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
40 000 MONT DEAgr.Radio
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 CARMEN

Date de naissance

22-06-1996

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° 5
☐ Contention - année n°☐ Autres
lesquels

DIAGNOSTIC

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

Anomalie(s) basale(s) :

Maxillaire

Mandibulaire

Sens sagittal

Sens transversal

Sens vertical

Pro

Retro

Endo

Exo

Hypodivergence

Pro

Retro

Endo

Exo

Hypodivergence

Anomalie(s) alvéolaire(s) :

Maxillaire

Mandibulaire

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