



Dr Joel GIPCH & Dr Antoine TRILLAUD

TRIOSMILE : INTRODUCTION À LA NOUVELLE GÉNÉRATION DE TRAITEMENTS INTERCEPTIFS

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

- Comprendre les liens fondamentaux entre dysfonctions oro-faciales et dysmorphoses squelettiques.
- Analyser les limites des approches précoces conventionnelles et leurs conséquences fonctionnelles.
- Découvrir le concept TrioSmile® et les innovations qu'il introduit dans la prise en charge précoce.
- Maîtriser les indications, contre-indications et limites d'utilisation du dispositif.
- Apprendre à intégrer le TrioSmile® dans le flux de travail clinique, de la première consultation au suivi.
- Savoir gérer les séquences et le renouvellement des dispositifs selon l'évolution du patient.
- Acquérir une vision globale du traitement fonctionnel précoce centré sur la physiologie et la croissance.
- Pouvoir mettre en place concrètement un traitement TrioSmile® dans votre cabinet.

PROGRAMME

➤ Partie théorique

- Rappel du lien entre dysfonctions et dysmorphoses.
- Les enjeux en orthodontie pédiatrique.
- Les limites de l'orthodontie précoce actuelle.
- Le TrioSmile® et ses avancées.
- Indications, contre-indications et limites du TrioSmile®.

➤ Partie pratique

- Le flux de travail clinique : protocoles, réglages et suivi.
- Séquences et renouvellement du dispositif.
- Études de cas et retours d'expérience.
- L'essentiel : synthèse clinique et discussion interactive.

Mettre en place un protocole
de traitements précoces avec
un flux numérique des appareillages
amovibles sur-mesures



Public visé et prérequis

Formation à destination des orthodontistes, pédodontistes, chirurgiens-dentistes, (et assistant(e)s dentaires), souhaitant mettre en place un protocole numérique et sur-mesure pour traiter les jeunes patients dès 6 ans



PARIS

- 01 juin 2026



1 jour - 7 heures
de 09h00 à 17h30

PRIX DE LA
FORMATION
500 €

PARTICIPATION D'UN(E)
ASSISTANT(E) POSSIBLE :
100 €

Pauses et déjeuner
compris

Conditions générales d'inscription :

- Votre demande d'inscription sera prise en compte à réception du règlement.
- Une confirmation définitive de votre inscription vous sera communiquée au plus tard un mois avant la date de la formation.
- L'organisme de formation se réserve le droit de reporter ou d'annuler la formation, si le nombre minimum de participants n'est pas atteint.
- Toute demande d'annulation jusqu'à 6 semaines de la date de formation sera acceptée et entraînera des frais à hauteur de 50% du prix initial. Au delà de 6 semaines, aucun remboursement ne pourra être effectué.

Pour plus d'informations, merci de contacter :

par mail : academy@biotech-dental.com

Hanâa BENNAIM

+33 (0)6 26 30 40 46

h.bennaim@biotech-dental.com

Linda POULAIN

+33 (0) 6 03 67 59 54 | +33 (0)4 86 64 19 17

l.poulain@biotech-dental.com

Valentine VANTHOMME ZUIDA

+33 (0) 6 17 85 97 11

valentine@smilers.comInscription obligatoire - Sur le site **academy.biotech-dental.com** ou par courrier.

Bulletin à renvoyer par courrier (accompagné de votre règlement libellé à l'ordre de Biotech Dental Academy)

à l'adresse suivante : Biotech Dental Academy - 305, allées de Craponne - 13300 Salon-de-Provence,

BULLETIN D'INSCRIPTION - TRIOSMILE : NOUVELLE GÉNÉRATION DE TRAITEMENTS INTERCEPTIFS - 2026

Civilité : M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐

Nom : Prénom :

Adresse cabinet/facturation :

Code Postal : Ville :

Tél. : E-mail :

N° SIRET :

Régime alimentaire : ☐ Repas classique ☐ Repas végétarien

Allergies : Si OUI, précisez :

☐ Je souhaite participer à la formation du : ____ / ____ / 2026 dans la ville de☐ avec mon ou mes assistant(e)s Nom(s) et Prénom(s) :☐ Je ne pourrai pas participer à ces sessions mais je souhaite être informé(e) des prochaines dates de formations / séminaires.☐ Je soussigné(e) sur l'honneur, affirme exercer une activité professionnelle en lien avec la pratique dentaire et orthodontique.

Date : ____ / ____ / ____ .

Signature du Praticien

Cachet du Praticien