

**FEUILLE POUR TRAITEMENT D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE
SOU MIS A ACCORD PREALABLE**

LE BENEFICIAIRE DES SOINS Assuré Conjoint Enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

L'ASSURE

Matricule : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

DIAGNOSTIC Simplifié				LE BENEFICIAIRE EST SOIGNE (Cocher la mention concernée)
Anomalie(s) Basale(s)		Anomalie(s) alvéolaire(s)		
Maxillaire	Mandibule	Maxillaire	Mandibule	
sens sagittal	<input type="checkbox"/> Pro <input type="checkbox"/> Retro	<input type="checkbox"/> Pro <input type="checkbox"/> Retro	<input type="checkbox"/> Pro <input type="checkbox"/> Retro	<input type="checkbox"/> En tant que victime d'un accident du travail (A.T)
sens transversal	<input type="checkbox"/> Endo <input type="checkbox"/> Exo	<input type="checkbox"/> Endo <input type="checkbox"/> Exo	<input type="checkbox"/> Endo <input type="checkbox"/> Exo	<input type="checkbox"/> En tant que victime d'un accident causé par un tiers (A.D.C)
sens vertical	<input type="checkbox"/> Hypodiv. <input type="checkbox"/> Hyperdiv.	<input type="checkbox"/> Supra. <input type="checkbox"/> Infra	<input type="checkbox"/> DDM <input type="checkbox"/> DDD	<input type="checkbox"/> En tant que bénéficiaire des prestations médicales
classe d'Angle	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III			
Agenésie.....		Dent Incluse/surnum		
Facteur(s) Fonctionnel(s).....		OccL. Inversée		

En début de traitement fournir le diagnostic détaillé, le plan de traitement et le type d'appareillage, la durée approximative du traitement.

Plan de traitement :	Durée : Semestre(s) + Année(s) de contention
Commentaires :	

PROPOSITION DE TRAITEMENT		CADRE RESERVE AU DENTISTE CONSEIL	
<input type="checkbox"/> début de traitement	<input type="checkbox"/> Suite semestre N° <input type="checkbox"/> Autre	Avis du Dentiste Conseil	Cotation globale
<input type="checkbox"/> Surveillance	<input type="checkbox"/> Contention année n°		
Cotation	Date et signature du Praticien traitant		

ACTES REALISES (Cotation globale)	Date	MONTANT DES HONORAIRES PERÇUS	SIGNATURE DU PRATICIEN TRAITANT	CACHET DU PRATICIEN TRAITANT
Signature de l'assuré :				

- Les prestations payables à la fin du traitement ne seront versées qu'après accord du Dentiste Conseil et dans la mesure où l'accord préalable a été demandée avant l'exécution des travaux. (Accord valable 6 mois)