

Lésions dentaires selon l'assurance de base (LAMal) Résultat d'examen / devis



Agence no: _____

No personnel: _____

Nom de l'assuré(e)
M./Mme

Dentiste: _____

Numéro de code créancier: _____

CSS Assurance-maladie SA Arcosana SA Auxilia Assurance-maladie SA

1. Etat des dents

au moment de la rédaction du rapport	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
(marquer les dents manquantes)	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

2. Accident

Date de l'accident: _____ Date de l'examen: _____

Cause de l'accident: _____

3. Dommages causés par l'accident

3.1 Dents totalement luxées (perdues)	_____	_____
3.2 Dents luxées (déplacées)	_____	_____
3.3 Dents subluxées (devenues branlantes)	_____	_____
3.4 Dents contusionnées (heurtées)	_____	_____
3.5 Fracture de couronne sans lésion de la pulpe	_____	_____
3.6 Fracture de couronne avec lésion de la pulpe	_____	_____
3.7 Fracture de racine	_____	_____

3.8 Os du maxillaire ou parties molles _____

3.9 Dommage à des prothèses ou dents artificielles / dommage à des appareils orthopédiques du maxillaire (indications précises de l'appareil et de l'étendue du dommage)

L'assurance de base (LAMal): diagnostic: _____

_____ OPAS art.: _____ chiffre _____ let. _____ rapport du médecin: oui / non

4. Examen pour les accidents et les maladies selon l'assurance de base (LAMal)

4.1 Dents manquantes non remplacées	oui	non	_____
4.2 Dents défectueuses non traitées	oui	non	_____
4.3 Dents réparées	oui	non	_____
4.4 Dents atteintes de parodontose	oui	non	_____

4.5 Couronnes, ponts, prothèses, appareils orthopédiques (genre et étendue du remplacement ou de l'appareil à décrire exactement).

5. Mesures immédiates

5.1 Mesures diagnostiques et résultats (radiographies, tests de vitalité, mobilité des dents voisines et antagonistes)

5.2 Mesures thérapeutiques

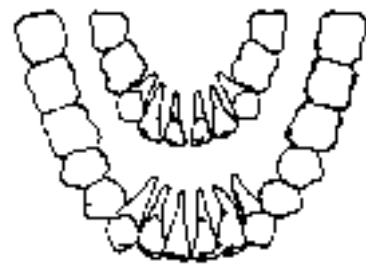
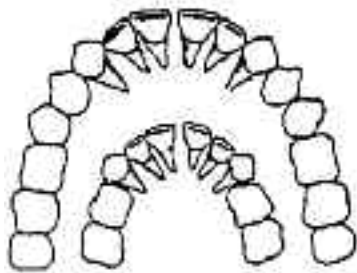
6. Propositions de traitement intermédiaire – évolution ultérieure probable

- Observation nécessaire pendant au moins _____ années.
- Traitement d'orthopédie maxillo-faciale devenu nécessaire ou rendu plus compliqué par suite de l'accident; la consultation d'un spécialiste SSO en orthopédie maxillo-faciale reste réservée.
- Un traitement définitif ne pourra probablement être envisagé qu'après une période d'observation de _____

7. Propositions pour le traitement définitif (pour autant que cela soit possible ou moment de la rédaction de ce rapport)

8. Schéma de remplacement / prothèse (à remplir par le dentiste)

droite mâchoire supérieure gauche droite mâchoire inférieure gauche



9. Devis (les chiffres correspondant aux prestations déjà exécutées d'urgence doivent être marqués d'un*)

Dent no	Pos. tarif	Genre de traitement	Points	Dent no	Pos. tarif	Genre de traitement	Points
				Report			
				Total des points			
				X val. du pt.		=	CHF
				A ce montant s'ajoutent les frais de laboratoire			

Lieu et date:

Signature du médecin-dentiste:

Sans avis contraire dans les 10 jours, le devis est considéré comme admis.

Sur demande, les éventuelles radiographies doivent être jointes à ce formulaire munies du nom l'assuré, de la date et du numéro des dents.