

Lésions dentaires selon l'assurance de base (LAMal)

Résultat d'examen/devis



Agence/N°

Numéro client

CSS Assurance-maladie SA

INTRAS Assurance-maladie SA

Arcosana SA

Dentiste

Adresse de la personne assurée

Prénom

Monsieur Madame

Nom

Rue, N°

NPA/Localité

Numéro de code créancier

1 Etat des dents

au moment de la rédaction du rapport
(marquer les dents manquantes)

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
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 (perdus)		
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	<input type="text"/>	
3.9	Domage à des prothèses ou dents artificielles/dommage à des appareils orthopédiques du maxillaire (indications précises de l'appareil et de l'étendue du dommage)	<input type="text"/>	

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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
4.2	Dents défectueuses non traitées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
4.3	Dents réparées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
4.4	Dents atteintes de parodontose	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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.

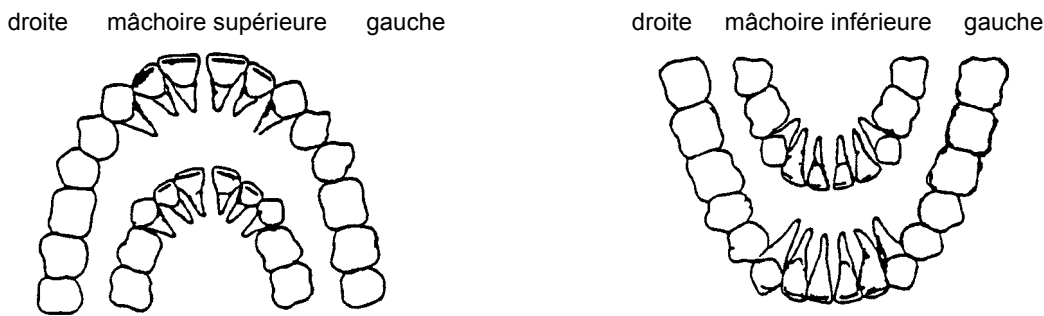
Un traitement définitif ne pourra probablement être envisagé qu'après une période d'observation de []

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)



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 points		=	CHF		
A ce montant s'ajoutent les frais de laboratoire								

Lieu/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 de l'assuré, de la date et du numéro des dents.