



FEUILLE POUR TRAITEMENT D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE SOUMIS 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)																								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Anomalie(s) Basale(s)</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Anomalie(s) alvéolaire(s)</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="font-size: x-small;">Maxillaire Mandibule</td> <td style="font-size: x-small;">Maxillaire Mandibule</td> </tr> <tr> <td>sens sagittal</td> <td style="font-size: x-small;"><input type="checkbox"/>Pro <input type="checkbox"/>Retro <input type="checkbox"/>Pro <input type="checkbox"/>Retro</td> <td style="font-size: x-small;"><input type="checkbox"/>Pro <input type="checkbox"/>Retro <input type="checkbox"/>Pro <input type="checkbox"/>Retro</td> </tr> <tr> <td>sens transversal</td> <td style="font-size: x-small;"><input type="checkbox"/>Endo <input type="checkbox"/>Exo <input type="checkbox"/>Endo <input type="checkbox"/>Exo</td> <td style="font-size: x-small;"><input type="checkbox"/>Endo <input type="checkbox"/>Exo <input type="checkbox"/>Endo <input type="checkbox"/>Exo</td> </tr> <tr> <td>sens vertical</td> <td style="font-size: x-small;"><input type="checkbox"/>Hypodiv. <input type="checkbox"/>Hyperdiv.</td> <td style="font-size: x-small;"><input type="checkbox"/>Supra. <input type="checkbox"/>Infra</td> </tr> <tr> <td>classe d'Angle</td> <td style="font-size: x-small;"><input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III</td> <td style="font-size: x-small;"><input type="checkbox"/> DDM <input type="checkbox"/> DDD</td> </tr> <tr> <td>Agenésie.....</td> <td style="font-size: x-small;">Dent Include/surnum.....</td> <td style="font-size: x-small;"><input type="checkbox"/> OccL. Inversée</td> </tr> <tr> <td>Facteur(s) Fonctionnel(s).....</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		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"/> Pro <input type="checkbox"/> Retro	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"/> Endo <input type="checkbox"/> Exo	sens vertical	<input type="checkbox"/> Hypodiv. <input type="checkbox"/> Hyperdiv.	<input type="checkbox"/> Supra. <input type="checkbox"/> Infra	classe d'Angle	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> DDM <input type="checkbox"/> DDD	Agenésie.....	Dent Include/surnum.....	<input type="checkbox"/> OccL. Inversée	Facteur(s) Fonctionnel(s).....			<input type="checkbox"/> En tant que victime d'un accident du travail (A.T) <input type="checkbox"/> En tant que victime d'un accident causé par un tiers (A.D.C) <input type="checkbox"/> En tant que bénéficiaire des prestations médicales
	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"/> Pro <input type="checkbox"/> Retro																							
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"/> Endo <input type="checkbox"/> Exo																							
sens vertical	<input type="checkbox"/> Hypodiv. <input type="checkbox"/> Hyperdiv.	<input type="checkbox"/> Supra. <input type="checkbox"/> Infra																							
classe d'Angle	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> DDM <input type="checkbox"/> DDD																							
Agenésie.....	Dent Include/surnum.....	<input type="checkbox"/> OccL. Inversée																							
Facteur(s) Fonctionnel(s).....																									

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 <input type="checkbox"/> Surveillance <input type="checkbox"/> Contention année n°		Avis du Dentiste Conseil	Cotation globale
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)
- Pour tous renseignements, appeler le Service des Prestations Médicales de l'Etat, Secrétariat du Contrôle dentaire, de 9h30 à 17h00 au (+377) 98 98 87 54 – Email : spme@gouv.mc