

# Lésions dentaires selon l'assurance de base (LAMal)



## Résultat d'examen/devis

Agence/N°

Numéro-client

**Dentiste**

**Adresse de la personne assurée**

Monsieur

Madame

Prénom

Nom

Rue, N°

NPA/Localité

Numéro de code-crédancier

### 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 (perdues)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.2	Dents luxées (déplacées)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.3	Dents subluxées (devenues branlantes)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.4	Dents contusionnées (heurtées)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.5	Fracture de couronne sans lésion de la pulpe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.6	Fracture de couronne avec lésion de la pulpe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.7	Fracture de racine	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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)		

**Assurance de base (LAMal) Diagnostic:**

Art. OPAS

ch.

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.2	Dents défectueuses non traitées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.3	Dents réparées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.4	Dents atteintes de parodontose	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.5	Couronnes, ponts, prothèses, appareils orthopédiques (genre et étendue du remplacement ou de l'appareil à décrire exactement)				

Voir au verso!

**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.

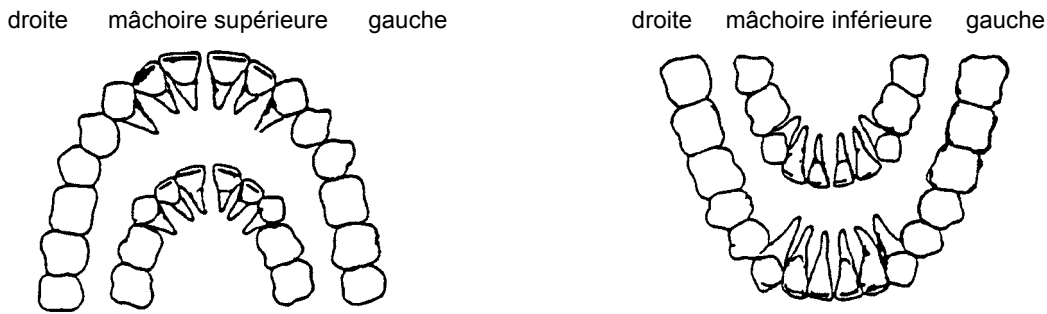
Un traitement définitif ne pourra probablement être envisagé qu'après une période d'observation de [ ]

**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 n°	Pos. tarif	Type de traitement	points tarif.	Dent n°	Pos. tarif	Type de traitement	points tarif.	
				Report				
			Total des points tarif.					
			x valeur de point tarif. en CHF		=	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.