

# Lésions dentaires selon la LaMal – Résultat d'examen/devis

Nom Adresse de l'assureur  
 Prénom  
 N° de police d'assurance  
 Né(e) le (jour/mois/année)  
 Rue n° Téléphone  
 NPA/Localité  
 Téléphone Responsable de dossier (M./Mme.)  
 Médecin-dentiste traitant

## 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)

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)

### LAMAL

Diagnostic

OPAS art.:                      lettre                      chiffre                      rapport de la/du médecin                      oui                      non

## 4. Examen pour les accidents et les maladies selon la 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 lésions parodontales   | oui | non |
| 4.5 Couronnes, ponts, prothèses, appareils orthopédiques (genre et étendue du remplacement ou de l'appareil à décrire exactement) |     |     |

## 5. Mesures immédiates

Mesures à but diagnostique et résultats (radiographies, tests de vitalité, mobilité des dents voisines et antagonistes)

Mesures thérapeutiques

## 6. Propositions de traitement intermédiaire – évolution ultérieure probable

Observation nécessaire pendant au moins \_\_\_\_\_ années.

Traitement d'orthopédie dento-faciale devenu nécessaire ou rendu plus compliqué par suite de l'accident; la consultation d'une/d'un spécialiste SSO en orthopédie dento-faciale reste réservée.

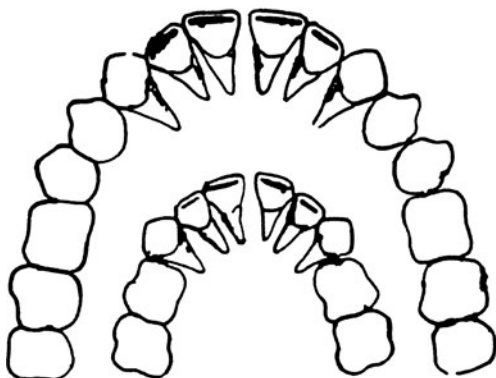
Un traitement définitif ne pourra probablement être envisagé qu'après une période d'observation de \_\_\_\_\_.

## 7. Propositions pour le traitement définitif

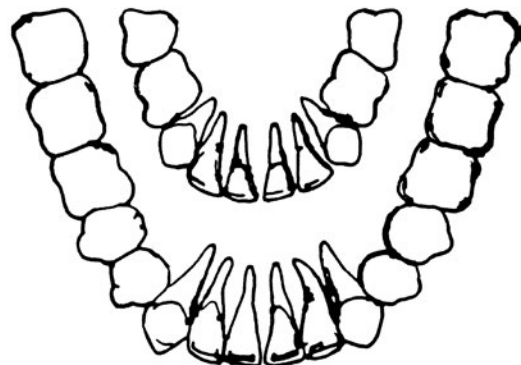
(pour autant que cela soit possible au moment de la rédaction de ce rapport)

## 8. Schéma de remplacement/prothèse (à remplir par la/le médecin-dentiste)

droit      mâchoire supérieure      gauche



droit      mâchoire inférieure      gauche



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

Dent n°	Pos. tarif	Genre de traitement	Points	Dent n°	Pos. tarif	Genre de traitement	Points
---------	------------	---------------------	--------	---------	------------	---------------------	--------

Report

Total des points

× val. du pt. fr. = fr.

A ce montant s'ajoutent les frais de laboratoire

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Signature de la / du médecin-dentiste

**Sans avis contraire dans les 10 jours ouvrables, le présent devis sera considéré accepté.**

Les éventuelles radiographies (avec nom, date et numéro des dents) sont à joindre au présent formulaire.