

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

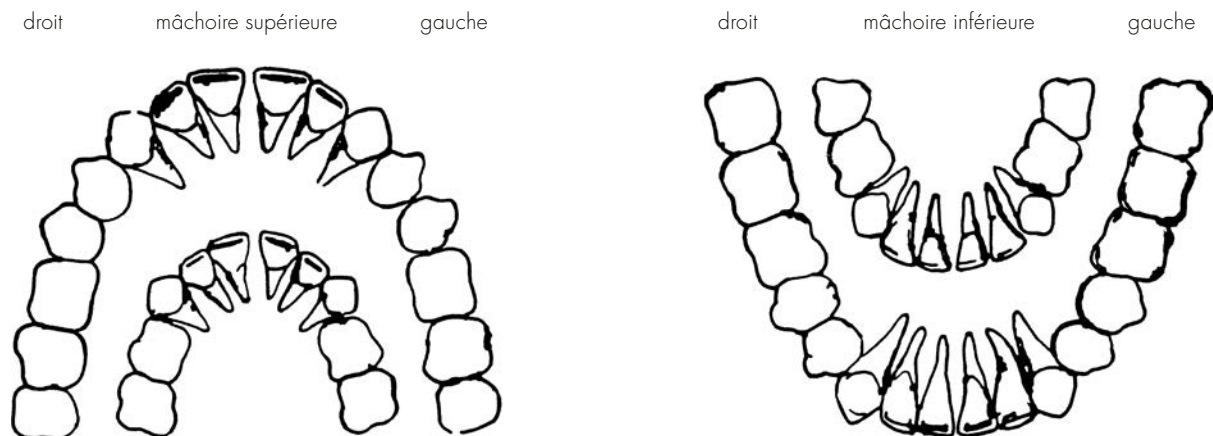
Observation nécessaire pendant au moins _____ années.

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)



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.

À VOTRE SERVICE 365 JOURS PAR AN, 24 HEURES SUR 24.

Téléphone 0800 80 90 80 / swica.ch

