

Formulaire pour médecine dentaire sociale

Examens, diagnostic, planification, devis

1. Patient / Patiente

N° AVS

Nom, prénom

Date de naissance

No de téléphone

Adresse

NPA Lieu

Possédez-vous, auprès d'une assurance-maladie, des assurances complémentaires régies par la loi sur le contrat d'assurance (LCA) ? ☐ oui ☐ non

Si oui, vous voudrez bien nous remettre une copie de la police d'assurance-maladie complémentaire actuelle.

2. Prestataire: Services sociaux / PC / Autorité tutélaire / AJAM (à remplir par le cabinet dentaire)

Nom de l'organe compétent

3. Cabinet ou clinique dentaire (timbre)

Nom, raison sociale

Adresse

NPA Lieu

Médecin-dentiste traitant,
téléphone, courriel

4. Levée du secret médical

Le/la patient-e soussigné-e autorise le/la médecin-dentiste traitant-e à donner aux autorités et aux organismes sociaux cités ci-dessus au chiffre 2.) ainsi qu'à leur médecin-dentiste conseil des informations sur ses examens dentaires, sur la planification du traitement et sur le pronostic du traitement.

(Lieu, date)

(signature du patient / de la patiente)

5. Déclaration de cession pour le paiement direct en cas de prestations complémentaires à l'AVS/AI

Le/la patient-e soussigné-e autorise l'organisme d'assurance sociale mentionné plus haut sous ch. 2.) à régler les factures directement **au tarif annexé à l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI** avec le/la médecin-dentiste traitant-e.

Il/elle donne son accord à assumer personnellement les frais d'un rendez-vous qui viendrait à être manqué.

6. Autorisation de demander des renseignements à l'organe compétent cantonal en matière de prestations complémentaires à l'AVS/AI

En signant ce formulaire, le/la patient-e soussigné-e ou son/sa représentant-e autorise la Caisse de compensation du canton du Jura à communiquer au personnel du cabinet dentaire susmentionné ou au médecin-dentiste traitant si le/la patient-e soussigné-e est bénéficiaire ou non de prestations complémentaires à l'AVS/AI. Cet office est soumis à l'obligation de renseigner.

7. Autorisation d'obtenir des renseignements de la part de l'assureur-maladie

Par votre signature vous autorisez votre assureur-maladie LaMal et LCA à transmettre ses décomptes de prestations à la Caisse de compensation du canton du Jura.

(Lieu, date)

(signature du patient / de la patiente)

N° AVS :

Nom, prénom :

A. Examens

Date et motif de la première consultation : (principales plaintes du patient/de la patiente)

Recensement des dents au moment d'établir le rapport

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Hygiène buccale : ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ MauvaiseLes dents ont-elles subi des soins conservateurs réguliers ? ☐ Oui ☐ Non

Dents manquantes non remplacées (si oui, lesquelles) :

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Dents atteintes de lésions parodontales:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Dents cariées:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Foyer periapicaux:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Couronnes, ponts, prothèses, appareils orthodontiques :

B. Objectif du traitement☐ **ATTENDRE:** (une collaboration active et contrôlée sur 18 mois n'est pas encore garantie):

- A faire: Traitement des douleurs, endodontie uniquement sur les dents stratégiquement importantes ou sur une dentition antérieure, réhabilitation dentaire par des mesures provisoires à long terme.
- A envisager: programme hygiénique intensif et incitation à se responsabiliser.

☐ **SOINS / ASSAINISSEMENT** (une collaboration active et contrôlée sur 18 mois est garantie et attestée)☐ **REHABILITATION PROTHETIQUE** (une collaboration active et contrôlée sur 18 mois est garantie et attestée)

C. Planification

1. Mesures urgentes : mesures thérapeutiques immédiates ne pouvant pas attendre:

2. Plan de traitement: (brève description, dent par dent, aidé par le schéma dentaire si besoin)



Environnement du traitement personnel, attestation d'une collaboration active (positive) du patient/de la patiente et système de rappel disponible dans le cabinet ou la clinique dentaire (attestation d'accord)

Attestation médicale *)

J'atteste que le patient / la patiente a bénéficié de contrôles dentaires réguliers durant ces 18 **derniers mois** chez moi / chez:, collaborant activement durant cette période au maintien de sa santé buccale et attestant d'une hygiène buccale bonne et adéquate.

☐ **OUI** ☐ **NON**

Mon cabinet / notre clinique dispose d'un système de rappel et peut contrôler et assurer le suivi du traitement dentaire du patient / de la patiente.

☐ **OUI** ☐ **NON**

Veillez joindre à ce formulaire une estimation d'honoraires (Tarif annexé à l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI), avec en annexe le numéro de la dent et sa position tarifaire **)

(mettre une * aux chiffres lorsque le traitement d'urgence a déjà été réalisé ou le mettre clairement en évidence.)
(le devis du technicien dentaire pour ses frais de technique dentaire doit être joint)

Lieu et date

Sceau du cabinet / signature du médecin-dentiste traitant

*) attestation médicale:

Il est rendu spécialement attentif qu'une fausse attestation ou une attestation de complaisance (concernant l'indication du traitement et l'accord) entraîne des sanctions par les organismes de santé et par les organes de surveillance (p. ex. la mise à l'écart, des mesures administratives des autorités de surveillance, l'exclusion de la médecine dentaire sociale, etc.).

**) devis, facture

La position 4040 pour l'établissement de ce formulaire peut être inscrite sur la facture. Seul la remise de documents complets peut faire l'objet d'une facturation de la position 4040 (formulaire et devis).

Annexes: Facture / devis