

Feuille annexe du patient
Traitement dentaire à charge des organes
d'assurances ou d'aide sociales

| |
|--|
| |
|--|

| | | |
|---|--|--|
| 1. Numéro de dossier / Numéro de référence / Numéro de patient | à remplir par l'organisme d'assistance sociale | |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| 2. Autorité compétente Domaine Prestations complémentaires* Aide sociale* Assistance aux réfugiés* (*biffer les mentions inutiles) | à remplir par l'organisme d'assistance sociale Téléphone, fax, courriel : | |
| Dossier géré par : | | |

| | | |
|------------------------------|---|--|
| 3. Patient / Patiente | à remplir par la/le patient, l'organisme d'assistance sociale ou le médecin-dentiste traitant | |
|------------------------------|---|--|

| | | |
|---|---|--|
| 4. Médecin-dentiste Adresse du cabinet Médecin-dentiste Technicien dentaire | à remplir par le médecin-dentiste traitant Téléphone, fax, courriel : Compte postal ou bancaire (n° IBAN) : | |
|---|---|--|

5. Libération du secret du patient et de l'administration

J'autorise le ou la médecin-dentiste traitant à discuter de mon anamnèse dentaire, de la planification du traitement et du pronostic du traitement avec les organismes et les assistants sociaux cités ci-dessus ainsi qu'avec leur médecin-dentiste conseil. Cette autorisation est valable pour le traitement en cours.

.....
 (Lieu, date) (signature du patient / de la patiente)

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

J'autorise l'organisme d'assurance sociale ou d'aide sociale mentionné plus haut à régler les factures **directement** au médecin-dentiste traitant.

Je donne mon accord à assumer moi-même les frais d'un rendez-vous qui viendrait à être manqué. Cette autorisation est valable pour le traitement en cours et reste valable au-delà du décès.

.....
 (Lieu, date) (signature du patient / de la patiente)

7. Documents à joindre à l'attention du médecin-dentiste conseil

(pour des documents complets, la pos. 4040 peut être inscrite sur la facture)

| envoyer à: | Document servant à l'appréciation de la situation |
|-------------------------|---|
| organisme administratif | Indication de l'objectif thérapeutique: Cas d'urgence / Traitement fonctionnel / traitement esthétique/ besoin subjectif |
| organisme administratif | planification dent par dent avec esquisse de la planification et schéma des dents |
| organisme administratif | Devis selon les critères de la SSO : Numéro de la dent – Position tarifaire – Brève description – Nombre de PT Devis écrit du laboratoire, lorsque les frais de technique dentaire dépassent CHF 1'000.-- |
| organisme administratif | Examens : radios (Bitewing, radios de dents isolées ou OPT, pour des radios digitales: impression sur du papier de qualité photo ou fichiers JPG/TIF sur support de données) |
| organisme administratif | Indication des mesures encore en cours et des réserves (traitement sur environ 5 ans) |
| organisme administratif | Justification écrite des mesures spéciales, suivant les cas attestation d'accord et de la faculté à mastiquer |
| dentiste-conseil | sur demande : statut CO ₂ , examen partiel ou total de parodontose, modèles d'examens, etc. |