



Avenue Pratifori 22
Case postale 287
1951 Sion

Formulaire concernant les travaux dentaires

Données personnelles du requérant :

No. de l'assuré :

Nom/Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Médecin-dentiste traitant :

Téléphone-No.

Date de la 1ère consultation :

Motif de la consultation :

Hygiène : bonne moyenne mauvaise

Fumeur ? oui non

S'agit-il d'un cas relevant de l'art. 31, alinéa 1 de la LaMal et des art. 17, 18, 19 de l'OPAS ? oui
(pris en charge des coûts par la caisse-maladie) non

S'agit-il d'un cas d'accident ? oui
(Si oui, la demande de prise en charge doit être adressée à l'assurance accident non
respectivement à la caisse-maladie ou l'accident est assuré).

Est-ce que le patient est déjà bénéficiaire de prestations complémentaires ? oui
non

Diagnostic

Etat de la denture :

<i>dents manquantes</i>	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<i>à biffer:</i>	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

→ dents manquantes non remplacées ? oui non

→ dents défectueuses non traitées ?

→ dents réparées ?

→ dents atteintes de lésions parodontales
(>50% de perte osseuse)

→ couronnes, ponts, prothèses, appareils orthopédiques ?
(genre et étendue du remplacement ou de l'appareil, à décrire exactement)

