

# Lésions dentaires selon la LaMal

## Résultat d'examen / devis

Adresse de l'assureur:

No de police d'assurance  
 Nom/prénom  
 Adresse  
 Né(e) le

Téléphone  
 Nom de l'employé(e) compétent(e):

Médecin-dentiste traitant:

### 1. Etat des dents

|   |                         |                         |                |                |
|---|-------------------------|-------------------------|----------------|----------------|
| au moment de la rédaction<br>du rapport<br>(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 pulpie  |       |  |
| 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 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 atteints de lésions parodont.   | oui   | non |  |  |
| 4.5 Couronnes, ponts, prothèses, appareils orthopédiques (genre et étendue du remplacement ou de l'appareil à décrire exactement) | _____ |     |  |  |
|   | _____ |     |  |  |

voir au verso!!!

## 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'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)

---



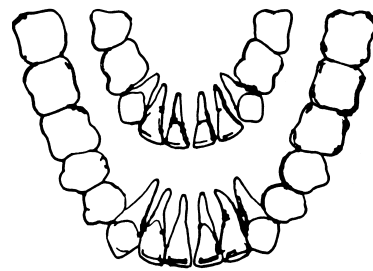
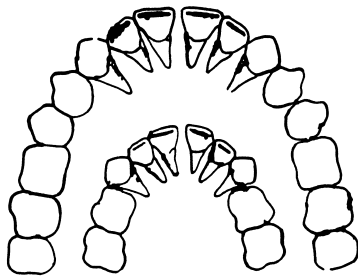
---



---

## 8. Schéma de remplacement/prothèse (à remplir par la 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 no  | Pos. tarif | Genre de traitement | Points | Dent no       | Pos. tarif | Genre de traitement | Points |
|--|------------|---------------------|--------|---------------|------------|---------------------|--------|
|  |            |                     |        | Report        |            |                     |        |
|  |            |                     |        |               |            |                     |        |
|  |            |                     |        |               |            |                     |        |
|  |            |                     |        |               |            |                     |        |
|  |            |                     |        |               |            |                     |        |
|  |            |                     |        |               |            |                     |        |
|  |            |                     |        |               |            |                     |        |
|  |            |                     |        |               |            |                     |        |
|  |            |                     |        |               |            |                     |        |
|  |            |                     |        |               |            | Total des points    |        |
|  |            |                     |        | x val. du pt. | =          | fr.                 |        |
| A ce montant s'ajoutent les frais de laboratoire |            |                     |        |               |            |                     |        |

Lieu et date:

Signature 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.