

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



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

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

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

<b>4. Médecin-dentiste</b> 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 <b>réserves</b> (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 <sub>2</sub> , examen partiel ou total de parodontose, modèles d'examens, etc.