

Cet imprimé doit être rempli par le praticien traitant

Il est à joindre obligatoirement à toute demande de prise en charge de frais d'orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale

- Sa rédaction sur papier libre est possible
- A joindre : [IMPORTANT]
 - le bilan radiographique (radio panoramique et téléradiographie de profil),
 - les photos de bouche ou de moulage
 - si chirurgie : la lettre du correspondant chirurgien maxillo-facial
- Ne pas joindre à ce dossier les moulages
- A transmettre sous pli cacheté à l'adresse suivante :

**Orthodontiste consultant MGEN
3, square Max-Hymans
75748 Paris cedex 15**

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS

TRAITEMENT D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Observation synthétique

Demande initiale Prolongation

Date de l'examen..... Y-a-t-il eu changement de praticien oui non

<p>Praticien - Nom ou cachet</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> <p>Adresse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Tél.</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>Patient</p> <p>Nom et prénom <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Date de naissance <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Adhérent</p> <p>Nom et prénom <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>N° SS <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Adresse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Section MGEN</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
--	---

Diagnostic

Squelettique :

Dentaire :

Alvéolaire :

Objectif du traitement

.....

Plan de traitement

.....

ACTIF:

Durée prévisible en semestre (s) :

CONTENTION :

Temporaire : Définitive :

Handicap alternative

.....

Pronostic

.....

Date Signature