

**FORMULAIRE PLAN DE TRAITEMENT
ORTHODONTIQUE**

Traitement initial
Prolongation
Reprise
Contention

- Plan de Traitement Orthodontique

IDENTIFICATION DE L'ASSURE	A REMPLIR PAR LE PRATICIEN
N° SS :	
NOM :	NOM (Name) :
PRENOM :	PRENOM :
NOM ET PRENOM DU PATIENT :	CACHET DU PRATICIEN (Stamp) :
DATE DE NAISSANCE :	

Date de début du traitement
(Date of start of treatment)

(pose de l'appareil)

NATURE DU TRAITEMENT

PLAN DE TRAITEMENT

(Treatment plan)

Durée prévisible en semestre(s)
(Length of treatment by six month period)

Honoraires par semestre
(Amount paid by six month period)

Montant total des honoraires (ensemble du traitement)
(Amount paid from all treatment)

En cas de dépassement de la durée prévisible, un nouveau plan de traitement est nécessaire.

CONTENTION :

Durée prévisible de la contention
(length of contention)

Montant total des honoraires
(Amount paid form all contention)

OBSERVATIONS

A retourner à la Section Extra-Métropolitaine le plus rapidement possible