

**FORMULAIRE PLAN DE TRAITEMENT  
ORTHODONTIQUE**

Traitement initial   
Prolongation   
Reprise   
Contention

- Plan de Traitement Orthodontique

| <b>IDENTIFICATION DE L'ASSURE</b> | <b>A REMPLIR PAR LE PRATICIEN</b> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 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**