



AUSGLEICHSKASSE DES KANTONS BERN  
CAISSE DE COMPENSATION DU CANTON DE BERNE

**Prestations complémentaires AVS/AI  
Clarification des frais pour l'orthodontie**

**1. Patient / Patiente**

No. AVS \_\_\_\_\_  
Nom, prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_  
Représentant légal \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
NPA/ Lieu \_\_\_\_\_  
Dentiste privé/ scolaire \_\_\_\_\_

**2. Médecin-dentiste traitant/ Médecin spécialiste SSO pour l'orthodontie**

Nom, désignation, clinique \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
NPA/ Lieu \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_

Soupçon de la nécessité d'un traitement:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Frais pour une clarification orthodontique: \_\_\_\_\_

**A) Diagnostic**

**Description:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

S'il s'agit d'un cas LAMal, art. 31 ch. 1 et art. 17 – 19 OPAS:

- OUI (La caisse d'assurance-maladie est responsable: des frais à la caisse d'assurance-maladie responsable déposent.)
- NON

S'il s'agit d'un accident ou de coûts consécutifs à un accident :

- OUI (L'assurance-accidents ou la caisse d'assurance-maladie sont responsables : des frais à l'assurance-accidents / la caisse d'assurance-maladie responsable déposent.)
- NON

**Indicateurs de traitement d'orthodontie\***

- Degré 1 – Traitement devrait être examiné
- Degré 2 – Traitement souhaitable
- Degré 3 – Traitement nécessaire: chiffre \_\_\_\_\_
- Degré 4 – Traitement indispensable: chiffre \_\_\_\_\_

**L'hygiène de bouche garanti:**

- OUI
- NON Attestation hygiène du dentiste privé/ scolaire nécessairement

**B) Plan de traitement** (éventuel le plan de traitement/devis détaillé joignent)

No.	Objectifs du traitement	Moyens	Durée	Coûts
1				
2				
3				
4				
5				
<b>Total:</b>				

\* selon la liste d' association des médecins dentistes cantonaux de la suisse (AMDSCS)

### Attestation médicale

La personne soussignée confirme que ces indications sont complètes et conformes à la vérité.

\_\_\_\_\_  
Lieu, date

\_\_\_\_\_  
Signature dentiste /  
médecin spécialiste SSO pour l'orthodontie

### C) Demande de contribution

Le/la soussigné/e est d'accord avec le plan de traitement, et donne son accord pour toutes les mesures nécessaires au maintien de sa santé orale (hygiène bucco-dentaire régulière/réduction de la fréquence de consommation de sucre, etc.) et accepte à cet effet de collaborer dans une mesure suffisante.

OUI

NON

### Rapport aux prestations d'autres assurances

Un droit au remboursement des frais de la solution conforme aux PC est possible, autant que les frais ne sont pas remboursables en raison de disposition d'autres assurances.

Des assurances privées (assurances complémentaires d'une caisse-maladie) ou d'autres soutiens financiers sont-ils disponibles/prévus pour ce traitement ?

OUI, lequel?

\_\_\_\_\_  
(s.v.p. joignent une copie de la décision de prise en charge des frais de la  
caisse d'assurance-maladie/ police caisse d'assurance-maladie)

NON, aucun

(s.v.p. joignent une copie de la police caisse d'assurance-maladie)

\_\_\_\_\_  
Lieu, date

\_\_\_\_\_  
Signature patient / représentant légal

**Dentiste:** La position 4040 pour l'établissement de ce formulaire peut être inscrite sur la facture.

### Annexes

Plan du traitement

Copie police de la caisse d'assurance-maladie

Copie décision de prise en charge des frais de la caisse d'assurance-maladie

Copie décompte de la caisse d'assurance-maladie

\_\_\_\_\_