

Plan de Traitement Orthodontique



A introduire en complément d'une demande d'intervention Dentimut Plus

Nom du patient :

N° de registre national :
ou coller une vignette d'identification

1. CONSULTATIONS

Montant d'une consultation de suivi : €
(Si paiement forfaitaire, veuillez mentionner uniquement le montant de la consultation)

2. APPAREILLAGES

Phase		Appareil	Date de placement	Coût total
Phase préparatoire	☐	Interceptif (disjoncteur/...)		€
	☐	Autre :		€
	☐	Plaquettes haut (maxillaires)		€
	☐	Plaquettes bas (mandibulaires)		€
	☐	Aligneurs haut – Nombre total si connu :		€
	☐	Aligneurs bas – Nombre total si connu :		€
	☐	Autre :		€
Phase de contention	☐	Fil de contention haut		€
	☐	Fil de contention bas		€
	☐	Gouttière de contention haut		€
	☐	Gouttière de contention bas		€

Coût total estimé du traitement : €

Durée estimée du traitement : mois.

3. AUTRES REMARQUES

.....
.....
.....

Date : / /

Signature et cachet de l'orthodontiste :