

# Plan de Traitement Orthodontique



**A introduire en complément d'une demande d'intervention**

**Nom du patient :**

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

Cocher	Détails	Date	Coût
	Ecarteur	Date de placement : / /	€
	Disjoncteur	Date de placement : / /	€
	Plaquettes haut (maxillaires)	Date de placement : / /	€
	Plaquettes bas (mandibulaires)	Date de placement : / /	€
	Aligneurs haut - Nombre total :	Date 1 <sup>ère</sup> commande : / /	€
	Aligneurs bas – Nombre total :	Date 1 <sup>ère</sup> commande : / /	€
	Fil de contention haut	Date de placement : / /	€
	Fil de contention bas	Date de placement : / /	€
	Gouttière de contention haut	Date de placement : / /	€
	Gouttière de contention bas	Date de placement : / /	€
	Autres :	Date de placement : / /	€

**Coût total estimé du traitement : € .....**

**Modalités de paiement :**

- Paiement unique
- Forfait de € ..... par : mois / trimestre /..... .

Veillez détailler :

\* Montant pour la consultation : € ..... \* Montant pour l'appareil : € .....

Autres (veuillez préciser) :

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

**Date :** ..... **Signature et cachet de l'orthodontiste :**