

Prise en charge des frais de traitements orthodontiques par le service des prestations
complémentaires (SPC)

pour les patients de **MOINS de 18 ans**

FORMULAIRE DE CRITERES D'ACCEPTATION (2021)

à compléter par l'orthodontiste

Nom et Prénom du dentiste : _____

Email du dentiste traitant(e) : _____

Nom et Prénom du patient : _____ Date de naissance: _____

Assurance complémentaire, niveau de participation de l'assurance du patient _____

NE JAMAIS débuter un traitement orthodontique sans accord préalable du service des prestations
complémentaires

Si le patient entre dans le cadre des critères ci-dessous, le médecin-dentiste traitant est invité à le mentionner
sur ce formulaire

☐ **NE CORRESPOND à AUCUN des CRITERES D'ACCEPTATION**

SEULES les anomalies suivantes, présentant un risque pour la santé, sont prise en considération.

OVERJET (sagittal)

- ☐ Overjet de 8mm et plus, combiné avec une interposition de la lèvre. **(3)**
- ☐ Overjet négatif aussi bien sur les dents permanentes que sur les dents de lait. **(3)**

OVERBITE (vertical)

- ☐ Béance occlusale verticale sur plus de 6 dents ant. (Les 4 incisives et canines). **(3)**
- ☐ Supracclusie verticale avec traumatisme de la gencive palatine. **(3)**
- ☐ Béance latéro-postérieure sur plus de 2 paires de dents (sauf les 8). **(3)**

OCCLUSION TRANSVERSALE (transversal).

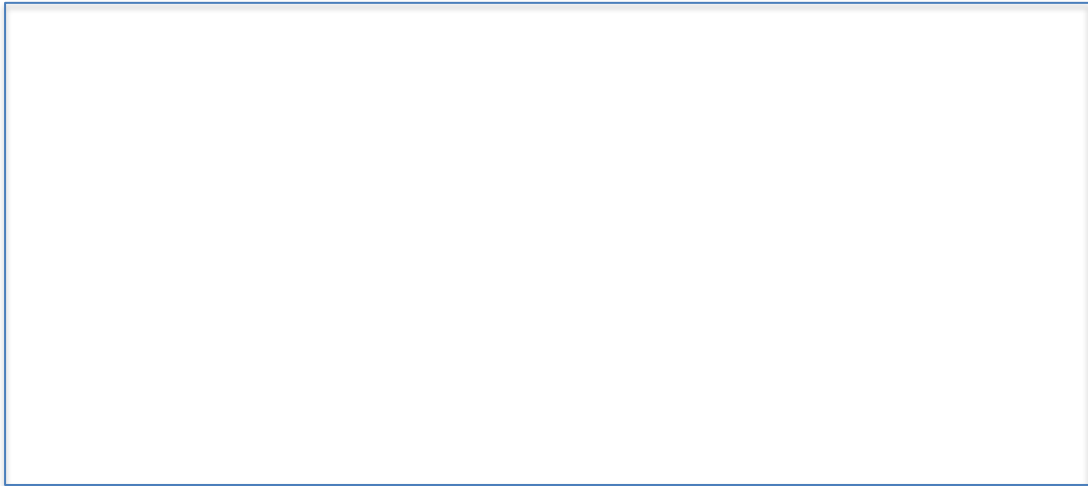
- ☐ Occlusion croisée : unilatérale en denture de lait **(4)**. Une **paire de dents permanentes** en denture mixte ou en denture permanente **(4)**
- ☐ Non-occlusion : unilatérale sur les dents de lait ou absence d'occlusion d'une paire de dents permanentes. **(4)** *(vérifier la prise en charge par AI)*

SITUATIONS INTRABUCCALES

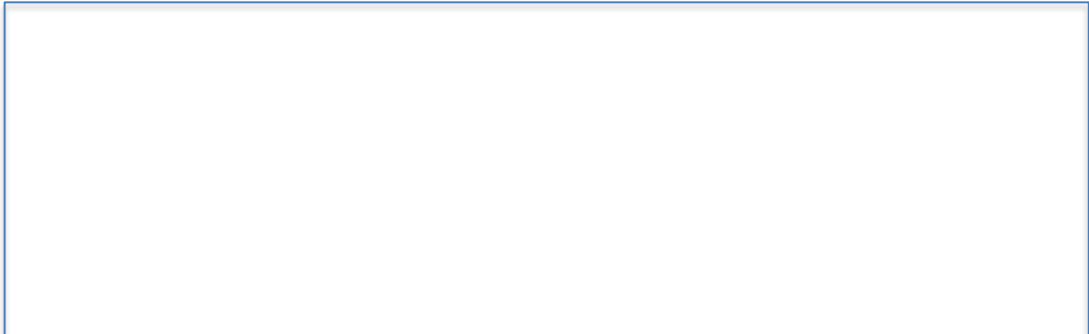
- ☐ **Agénésie**: Agénésie partielle d'une dent importante, **(3)**
- ☐ **Ankylose**: Ankylose précoce des molaires de lait **(4)**

- ☐ **Retenue/Retard** : (à l'exception des dents incluses car LAMAL intervient). Dents retenues car manque de place, ou version des dents adjacentes, égression des dents antagonistes avec déséquilibre de l'occlusion. **(4)**
- ☐ **Rhizalyse** : Résorption sous-minante de la 5 de lait par la molaire permanente. **(3)**
- ☐ **Encombrement** : encombrement de **8 mm** au niveau d'une arcade **(3)**

Plan de traitement



Appareillages



Lieu et date _____

Signature et Timbre du médecin dentiste _____

Assumpta Ciucchi-Perera SSO/AMDG
Médecin-dentiste conseil SPC pour l'orthodontie
10 bd. James-Fazy
1201 Genève
ciucchispc@gmail.com