

Service des prestations complémentaires
Route de Chêne 54
Case postale 6375
1211 Genève 6

Formulaire relatif au devis d'orthodontie

Devis établi le/...../..... pour un montant de CHF

Bénéficiaire concerné

Nom et prénom : _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____

Traitements orthodontiques - Recommandations

Sont considérées comme malocclusions justifiant d'un traitement orthodontique (de degré 3 ou 4 – traitement indispensable ou nécessaire – selon les recommandations de l'Association des Médecins-Dentistes Cantonaux de Suisse), et pour autant que la situation dentaire ne donne pas droit aux prestations prévues par l'Assurance-Invalidité (OIC,9.12.1985) ou ne relève pas des prestations obligatoires selon l'art. 31 al. 1 let. a LAMal et art. 17 OPAS :

- un encombrement dentaire de 8 mm ou plus à l'arcade dentaire inférieure, associé à une récession gingivale présente sur au moins l'une des incisives de la dentition mandibulaire, et dont l'évolution à long terme est susceptible de conduire à la perte d'une ou plusieurs dent de la région antérieure
- occlusion croisée fonctionnelle en denture mixte ou en denture permanente chez l'enfant ou l'adolescent
- résorptions sous-minantes provoquées par la première molaire supérieure et/ou inférieure
- agénésie d'une ou plusieurs dents permanentes, entraînant une déviation de l'occlusion dentaire rendant impossible le remplacement prothétique des dents manquantes
- deep-bite antérieur avec occlusion traumatisante
- Overjet de plus de 8 mm / overjet négatif en relation centrée.

le devis établi respecte une ou plusieurs des conditions décrites ci-dessus

le devis établi ne respecte aucune des conditions décrites ci-dessus

Lieu et date :

Timbre et signature :