



Services de santé non assurés

Formulaire d'avis de fin de traitement d'orthodontie

Renseignements sur le fournisseur

Nom: _____ Numéro du fournisseur: _____

Adresse postale: _____

Renseignements sur le bénéficiaire

Nom: _____ Numéro d'identification du bénéficiaire: _____

Adresse postale: _____ Date de naissance: _____
(AAAA/MM/JJ)

Date du début du traitement d'orthodontie (AAAA/MM/JJ): _____

Date du fin du traitement d'orthodontie (AAAA/MM/JJ): _____

Le plan de traitement initial d'orthodontie a-t-il été modifié: C OUI C NON
Si oui, veuillez préciser: _____

Les objectifs du traitement d'orthodontie ont-ils été atteints? C OUI C NON
Si non, veuillez préciser: _____

Un appareil de rétention a-t-il été installé? C OUI C NON
Si non, veuillez préciser: _____

Quelle est la durée prévue de la phase de rétention du traitement d'orthodontie?

Le bénéficiaire a-t-il besoin de soins dentaires additionnels (restauration, parodontie, etc.)? C OUI C NON
Si oui, veuillez préciser: _____

Je confirme que les renseignements figurant ci-dessus sont complets et exacts.

X

Signature du fournisseur

Date (AAAA/MM/JJ)