



## 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 client

Nom: \_\_\_\_\_ Numéro du bénéficiaire: \_\_\_\_\_

Adresse postale: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_  
(AAAA-MM-JJ)

1. Date du début du traitement d'orthodontie (AAAA-MM-JJ): \_\_\_\_\_

2. Date de fin du traitement actif d'orthodontie (AAAA-MM-JJ): \_\_\_\_\_

3. Le plan de traitement initial d'orthodontie a-t-il été modifié? OUI    NON

Si oui, veuillez préciser: \_\_\_\_\_

4. Les objectifs du traitement d'orthodontie ont-ils été atteints? OUI    NON

**Si non:**

a. Veuillez préciser: \_\_\_\_\_

b. S.V.P. fournir la liste de services rendus depuis l'initiation du traitement d'orthodontie incluant leurs dates de service. (Veuillez joindre une feuille séparée si nécessaire) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Des appareils de rétention ont-ils été insérés? OUI    NON

Si non, veuillez préciser: \_\_\_\_\_

6. Quelle est la durée prévue de la phase de rétention ? \_\_\_\_\_

7. Le client a-t-il besoin de soins dentaires additionnels? (restauration, parodontie, etc.) OUI    NON

Si oui, veuillez préciser: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Signature du fournisseur

\_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)