



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)