

# Attestation : Constat des lésions bucco-dentaires résultant d'un accident du travail

(Veuillez faire remplir ce formulaire par un dentiste de votre choix de la façon la plus complète et correcte possible et le transmettre dans les plus brefs délais à l'entreprise d'assurances)

Date de l'accident :  
Date de l'examen :

**Entreprise d'assurances**  
Nom et adresse :

**Données de la victime**  
Nom et prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :  
  
Numéro de téléphone :  
E-mail :

Références :  
Personne de contact :  
Numéro de téléphone :  
E-mail :

**Données du dentiste effectuant la constatation**  
Nom et prénom :  
Adresse :  
  
Téléphone :  
E-mail :

## 1. Examen buccal

Circonstances de l'accident (selon les dires du patient) :

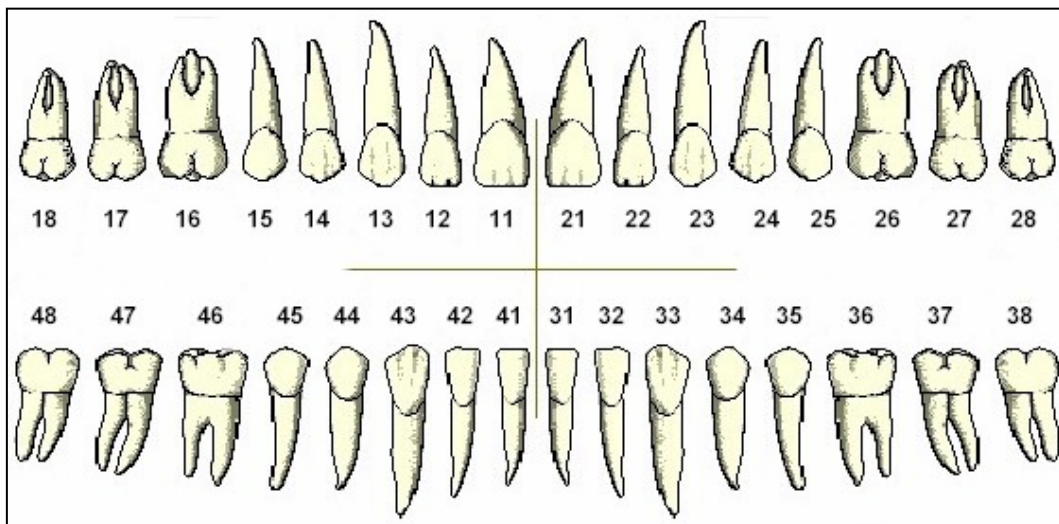
.....  
.....  
.....

Plaintes :

.....  
.....  
.....

Remarques :

.....  
.....  
.....



## PLAN DE TRAITEMENT

(Ce formulaire doit être rempli dans les plus brefs délais par le dentiste traitant choisi librement par le patient et transmis à l'entreprise d'assurances. Celui-ci tiendra compte des lésions dentaires occasionnées par l'accident du travail).

Date de l'accident :
----------------------

Données de la victime
Nom et prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Numéro de téléphone :
E-mail :

Entreprise d'assurances
Nom et adresse :
Références :
Personne de contact :
Numéro de téléphone :
E-mail :

### 1. Traitement conservateur

Dent(s) n°	Traitement(s) provisoire(s)	Nomenclature INAMI (si elle est applicable)
Dent(s) n°	Traitement(s) définitif(s)	Nomenclature INAMI (si elle est applicable)

1 = obturation / 2 = traitement endodontique / 3 = traitement parodontal / 4 = autres

**Estimation des honoraires :**

**Prévisions à terme<sup>♦</sup> :**

A votre avis, est-il envisageable de renouveler cette restauration conservatrice et, dans l'affirmative, peut-on prévoir le nombre de renouvellements possibles ?

Faut-il prévoir une réparation prothétique et, si oui, doit-on envisager celle-ci dans un délai particulier ?

Veuillez indiquer ce délai et préciser la nature de la prothèse ainsi que les matériaux entrant dans sa constitution\*.

<sup>♦</sup> NB : A noter que ces informations, qui sont de première importance pour la fixation de la provision technique que doit constituer l'entreprise d'assurances, n'affectent pas le remboursement des frais qui sont engagés pour la réalisation des travaux de restauration.

## 2. Traitement prothétique (nature & matériaux)

(métal très précieux, métal précieux-alliage économique, métal non précieux, zirconium, titane, chrome-cobalt, porcelaine, résine)

Dent(s) n°	Prothèse provisoire	Honoraires
Dent(s) n°	Prothèse définitive	Honoraires

1= prothèses fixes (couronne ; couronne avec pivot ; bridge < éléments intermédiaires & piliers > ; ...) / 2 = prothèses amovibles (en résine ; squelettique ; ...) / 3= implants (traitements préparatoires ; délai envisagé pour la pose de la coiffe prothétique ; ...)

**Justification éventuelle de circonstances exceptionnelles (ex. allergie)**

**Validité de l'estimation des honoraires:**

**Remarque :**

Prière de fournir après le traitement prothétique une copie du certificat de conformité du laboratoire et de laisser à la disposition de l'entreprise d'assurances toute imagerie médicale de contrôle qui aurait été pratiquée.

<b>Dentiste traitant</b>  Nom & prénom :  Adresse :   Téléphone :  E-mail :
--------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Accord de l'entreprise d'assurances</b>
--------------------------------------------

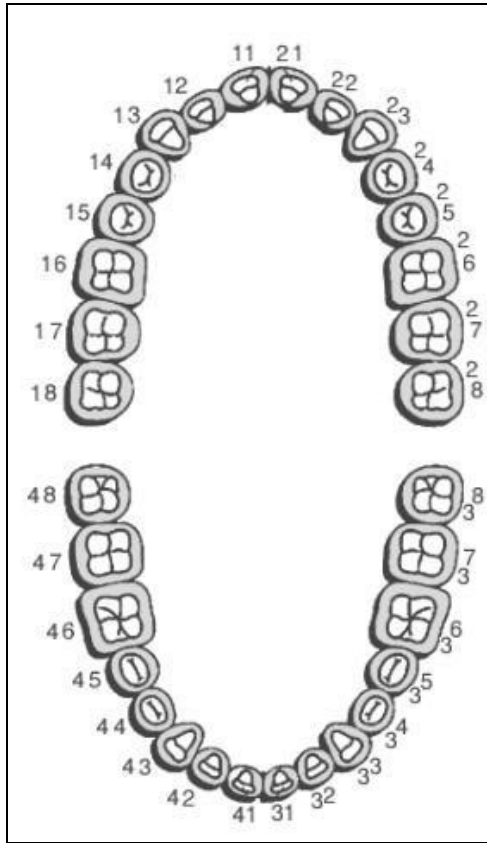
Cette attestation a été remplie en honneur et conscience, avec exactitude et probité.

Date : .../.../....

Signature

---

En cas de refus du plan de traitement proposé - motivation du dentiste-  
conseil de l'assureur :



Etat buccal général (hygiène ; état de la denture ; maladies (parodontose; etc.)

.....  
.....  
.....  
.....

Dents manquantes avant l'accident

.....

Prothèse(s) dentaire(s) existante(s) (nature des prothèses - matériaux)

.....  
.....

Appareil orthodontique en place

.....  
.....

## 2. Examens diagnostiques effectués (prière de les conserver - d'en donner copie au patient et de les tenir à disposition de l'entreprise d'assurances)

<input type="checkbox"/> photographies cliniques :		<input type="checkbox"/> modèle d'étude :	<input type="checkbox"/> MS
<input type="checkbox"/> radiographie :	<input type="checkbox"/> orthopantomogramme (OPG)		<input type="checkbox"/> MI
	<input type="checkbox"/> RX intra-buccale	<input type="checkbox"/> autres :	<input type="checkbox"/> transillumination
	<input type="checkbox"/> RX extra-buccale		<input type="checkbox"/> test de vitalité
	<input type="checkbox"/> téléradiographie		<input type="checkbox"/> mobilité dentaire
			<input type="checkbox"/> autres: ...

Avec résultats :

.....  
.....  
.....

## 3. Dommages/lésions constatées (en rapport avec l'accident)

(Veuillez indiquer les lésions constatées et mentionner les numéros des dents concernées d'après les schémas aux pages précédentes)

- ❖ Lésions extra-buccales :
- ❖ Lésions dentaires :
  - Luxation :
  - Intrusion :
  - Extrusion :
  - Avulsion traumatique (expulsion) :
  - Fracture dentaire (émail/ émail + dentine - avec ou sans exposition pulpaire)
  - Fracture radiculaire (verticale/ horizontale - tiers cervical/ moyen/ apical)
- ❖ Lésions gingivales:
- ❖ Lésions osseuses :
- ❖ Autres lésions :
- ❖ Dommages aux prothèses ou appareillages d'orthopédie dento-faciale en place avant l'accident :

.....  
.....  
.....

## 4. Soins urgents prodigués

Extraction - chirurgie :

Attelle :


Coiffage pulpaire :

Traitement endodontique :

Obturation :

Autres :

Cachet du dentiste



Cette attestation a été remplie en honneur et conscience, avec exactitude et probité.

Date : .../.../.....

Signature