|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Office de l’assurance-invalidité Impasse de la Colline 1, Case postale, 1762 Givisiez |  |  |
| Nom et adresse du médecin |  | **Numéro AVS :**  **Demande du**  **Réf :**  **T**  **V/réf.** |
| Givisiez, |  |  |

**Nom, Prénom de l’assuré(e) :**

**Né(e) le**

**Examen médico-dentaire / Infirmité congénitale**

Bonjour,

Votre patiente, votre patient est limité/e pour des raisons de santé qui ont conduit au dépôt d’une demande AI. En vue d’un examen rapide, l’office AI a besoin de votre soutien compétent.

Nous vous prions dès lors de répondre au questionnaire en annexe autant qu’il vous est possible en fonction de votre spécialité et du dossier de votre patient/e. Vous trouvez de plus amples informations sur la collaboration avec les offices AI sur le site www.sso.ch.

Nous vous prions de compléter le rapport médical électroniquement ou à la main et de nous le retourner. Vous pouvez également télécharger le rapport médical (formulaire 002.020) sur notre site web (www.aifr.ch).

Si l’examen clinique éveille un soupçon d’une anomalie du squelette ou d’une autre anomalie des numéros 208, 209, 210, 214 ou 218 OIC, il est nécessaire qu’un/e spécialiste en orthopédie de votre choix et reconnu/e de l’AI se prononce. A cet effet, prière de lui envoyer le formulaire « Examen d’orthopédie dento-faciale » en annexe. Prière de remplir avant tout la rubrique « Mandat ». Veuillez lui envoyer les documents qui pourraient lui servir. S’il n’y a aucun soupçon d’infirmité congénitale, veuillez détruire la formule ci-annexée.

Avec nos remerciements et nos salutations les meilleures.

*Dans le but de traiter plus rapidement vos réponses, nous utilisons un lecteur OCR. Si vous utilisez vos propres supports informatiques, merci de* ***nous retourner impérativement la première page du questionnaire ci-joint****, sur lequel figurent nos références OCR.*

**Remarques importantes**

* **Patients souffrants de trisomie 21 :**

Au 01.03.2016, la trisomie 21 a été rajoutée sous chiffre 489 à la liste des infirmités congénitales reconnues par l’AI. Le traitement des malformations de la mâchoire et des dents qui sont en étroite connexion avec les symptômes de la trisomie 21 peuvent être financés par l’AI à partir du 01.03.2016 sans que les critères des chiffres 205 - 210 OIC doivent être remplis.

Si dans le cas présent les malformations sont en étroit lien de causalité avec la trisomie 21, nous vous remercions pour vos explications y relatives.

* **Infirmité congénitale chiffre 205, 206 et 207 OIC :**

Dans les cas au sens du chiffre 205, 206 et 207 OIC, nous vous remercions de nous faire parvenir la documentation photographique et les radiographies.

Les clichés doivent porter le nom de l’assuré et la date à laquelle ils ont été pris.

En cas d’OIC 205, nous avons besoin des clichés de la bouche sur lesquels apparaissent toutes les dents existantes.

* **Traitement par aligneur :**

Depuis le 01.01.2022, les traitements par aligneurs peuvent être pris en charge par l'AI qu'à titre exceptionnel et exclusivement en rapport avec l'infirmité congénitale chiffre 205 OIC.

Les quatre conditions suivantes doivent être remplies à cet effet :

1. La prise en charge des coûts par l'AI sous couvert du chiffre 205 OIC est reconnue ;
2. Les problèmes orthodontiques à traiter doivent être une conséquence directe de la dysplasie dentaire assurée sous couvert du chiffre 205 OIC ;
3. Une prise en charge de coûts de traitements par aligneur sous couvert du chiffre 205 OIC n’est en principe possible qu’à partir de l’âge de 13 ans révolus ;
4. Avant le début de traitement, les documents suivants doivent être transmis à l’office AI
5. Une justification relative au cas en question du choix de la méthode de traitement par l’orthodontiste ;
6. Une estimation des coûts pour les prestations dentaires et une estimation séparée des coûts pour les frais de laboratoire (les éventuelles remises du fabricant doivent être mentionnées ici et répercutées dans la facturation au porteur des coûts) ;
7. L'indication du montant des frais déjà engagés pour le traitement orthodontique dans le cas présent.

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Numéro AVS :  Personne assurée :  Né(e) le |

**Résultats CAS URGENT  oui  non**

**Examen du**

|  |
| --- |
|  |

**1. Dentition et mâchoires**

* **1.1**

**Etat du développement des mâchoires**

**Recensement des dents**

**Le changement des dents de devant est-il terminé ?**

oui  non

**Les incisives centrales permanentes ont-elles**

**fait éruption ?**

oui  non

* **1.2**

Conditions orthodontiques

Classe d’angle  I  II  III

Overbite (mm) Surplomb (mm)

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Supraclusie

Béance occlusale verticale  antérieure  latérale quelles dents ?

Articulation croisée  antérieure  latérale quelles dents ?

Non-occlusion buccale  quelles dents ?

Autres anomalies d’occlusion  lesquelles ?

1. **Dents**

* **2.1**

Avez-vous trouvé les anomalies suivantes ?

Sous nombre (Anodontia partialis)

Quelles sont les dents manquantes ?

|  |
| --- |
|  |

Surnombre (Hyperodontia)

De quelles dents surnuméraires s’agit-il ?

|  |
| --- |
|  |

* **2.2**

L’hyperodontie cause-t-elle

une déviation intramaxiliaire ou intramandibulaire qui nécessite un traitement au moyen d’appareils ?

un déplacement de germes dentaires ?

* **2.3**

Dysplasies dentaires

Quelles dents de la deuxième dentition sont très fortement atteintes ?

|  |
| --- |
|  |

Si oui, laquelle ?

|  |
| --- |
|  |

**3. Langue**

Y a-t-il une malformation ?

oui  non

Si oui, laquelle ?

|  |
| --- |
|  |

**4. Face et crâne**

* **4.1**

Supposez-vous une anomalie du squelette ?

oui  non

* **4.2**

Y a-t-il une malformation ?

oui  non

Si oui, laquelle ?

|  |
| --- |
|  |

**5. Diagnostic**

|  |
| --- |
|  |

**6. Questions particulières**

* **6.1**

A votre avis, y a-t-il infirmité congénitale au sens de l’ordonnance sur les infirmités congénitales (OIC) ?

oui  non

Si oui, sous quel chiffre de l’ordonnance peut-on classer l’infirmité congénitale ?

|  |
| --- |
|  |

* **6.2**

Nom et adresse du/de la spécialiste en orthopédie reconnu/e par l’AI à qui est confié l’examen d’orthopédie dento-faciale en cas de soupçon de l’existence d’une infirmité congénitale au sens d’une infirmité congénitale au sens des numéros 208, 209, 210, 214 et 218 OIC.

Nom

|  |
| --- |
|  |

Numéro postal, lieu Rue, numéro

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

* **6.3**

La personne assurée a-t-elle besoin d’un traitement dentaire pour guérir son infirmité congénitale ?

oui  non

Traitement du au

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

* **6.4**

Au cas où le traitement n’est pas effectué par vous-même, veuillez nous indiquer par qui (nom et adresse du/de la dentiste traitant/e)

|  |
| --- |
|  |

**7. Remarques**

|  |
| --- |
|  |

**8. Signature**

Date, nom et signature du/de la dentiste

|  |
| --- |
|  |