|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Office de l’assurance-invaliditéImpasse 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 d’orthopédie dento-faciale / 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.

C’est pourquoi nous vous prions de répondre au questionnaire ci-joint en cas de soupçon d’une infirmité congénitale au sens des chiffres OIC 208, 209, 210, 214 ou 218. 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 002.021) sur notre site web (www.aifr.ch).

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       |

**Mandat**

Nom et adresse du/de la spécialiste en orthodontie reconnu/e par l’AI chargé/e de continuer d’instruire la demande

|  |
| --- |
|  |

*[ ]* La personne assurée est informée que le/la spécialiste en orthopédie dento-faciale pourra la convoquer en
cas de nécessité pour l’instruction de la demande AI.

**Annexes**

[ ]  Formulaire « Examen médico-dentaire » (copie pour le/la spécialiste en orthodontie reconnu/e par l’AI)

Facultatif:

[ ]  modèles d’étude

[ ]  orthopantomogramme ou état radiologique

[ ]  autres documents (p.ex. anciens rapports du/de la spécialiste en orthopédie dento-faciale)

|  |
| --- |
|  |

**Remarques**

|  |
| --- |
|       |

[ ]  Le/la dentiste soussigné/e désire recevoir les documents établis pour l’expertise AI

**Signature**

Date, nom et signature du/de la dentiste qui demande l’examen

|  |
| --- |
|       |

 **Examen du droit aux prestations**

**1. Résultats de l’enquête**

L’examen médical de l’assuré était-il indispensable pour l’instruction de la demande ?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, date ?

|  |
| --- |
|       |

Les résultats figurant dans le formulaire « Examen médico-dentaire » sont-ils confirmés ?

[ ]  oui [ ]  non

Compléments de l’état clinique et/ou du modèle d’étude

|  |
| --- |
|       |

**2. Etat céphalométrique**

Veuillez nous donner les valeurs d’angle mesurées, y compris la première décimale. Notez que l’arrondi
mathématique n’est autorisé que pour le calcul de la première décimale.

Téléradiographie du

|  |
| --- |
|       |

Angle ANB

|  |
| --- |
|       |

Angle des bases (Spa-Spp/Me-Go)

|  |
| --- |
|       |

**3. Diagnostic de la langue**

Examen en vue de déterminer l’existence d’une macroglossie congénitale

Une réduction chirurgicale de la langue est-elle indiquée ?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, quand ?

|  |
| --- |
|       |

**4. Diagnostic**

|  |
| --- |
|       |

1. **Examen du droit aux prestations**

A votre avis, y a-t-il une 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 ?

|  |
| --- |
|       |

Genre de traitement (orthodontique/chirurgical/reconstructif, etc.)

|  |
| --- |
|       |

du au

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

Agent d’exécution

|  |
| --- |
|       |

**6. Remarques**

|  |
| --- |
|       |

**7. Signature**

Date, nom et signature du/de la spécialiste en orthodontie reconnu par l’AI

|  |
| --- |
|       |