

SERVICE DE L'ACTION SOCIALE

Les pages suivantes de ce formulaire remplacent l'envoi des modèles en occlusion au dentiste de confiance

Classe d'Angle : Classe I : Classe II/1 : Classe II/2 : Classe III :

Overjet en mm : Overbite en % :

1 Articulé croisé Oui Non

Cochez toutes les dents en occlusion croisée

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Indiquez aussi les cas de scissor-bite des molaires et prémolaires

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Remarque :

2 Prognatisme inférieur Oui Non

Indiquez les dents en occlusion inversée

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Remarque :

3 Déviation de l'articulé Oui Non

Droite Gauche En mm :

Remarque :

4 Nonocclusion Oui : NON :

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Indiquez les dents qui ne sont pas en occlusion

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

SERVICE DE L'ACTION SOCIALE

Remarque :

5. Infraclusion	Oui <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Indiquez les dents qui ne sont pas en occlusion

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Remarque :

6 Suroclusion	Hauteur des incisives supérieures :	Hauteur des incisives inférieures :	Overbite en mm :
----------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	------------------

Remarque :

7.1 Distocclusion CI II/1	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Remarque :

7.2 Distocclusion CI II/2	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Remarque :

8 Agénésies	Oui : <input type="checkbox"/>	NON : <input type="checkbox"/>	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Prouvées par Rx apicale ou OPT

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Remarque :

9 Rétrécissement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Diamètres mésio-distaux du bloc incisivo-canin supérieur			
Incisives centrales :	Incisives latérales :	Canines :	Place disponible :
Diamètres mésio-distaux du bloc incisivo-canin inférieur			
Incisives centrales :	Incisives latérales :	Canines :	Place disponible :

SERVICE DE L'ACTION SOCIALE

Remarque :

10	Rétention	Oui <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		

Prouvées par Rx ou OPT

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Remarque :

11	Diastèmes (si oui indiquez les mesures)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-----------	--	-------------------------------------	-------------------------------------

Somme des diastèmes mésio-distaux à partir des faces mésiales des premières prémolaires	
Bloc incisivo-canin supérieur :	Bloc incisivo-canin inférieur :

Remarque :

12	Perte après traumatisme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

En principe ces cas sont pris en charge par l'assurance accident. Pour des cas particuliers où cette dernière ne prendrait pas le cas en charge, joindre un rapport avec copie de la décision de l'assurance	
Code de la/des dents perdues :	

Remarque :

Prise de position du dentiste de confiance

Date:

Le dentiste de confiance:

Un exemplaire signé par le dentiste de confiance est transmis au dentiste-traitant
--

Exemplaire destiné au dentiste-traitant

SERVICE DE L'ACTION SOCIALE
Extrait de l'Ordonnance concernant le service dentaire scolaire (RSJU 410.721):

Traitements orthodontiques **Art. 8** ¹ Sous réserve que les autres conditions d'octroi soient réunies, l'aide au financement des soins dentaires peut être accordée pour les traitements orthodontiques qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- a) l'anomalie à la denture est grave et porte atteinte à la santé de l'enfant, conformément à la liste des degrés de gravité d'après les symptômes directs figurant en annexe, et ne constitue pas une infirmité congénitale ou une mesure médicale de réadaptation prise en charge par l'assurance-invalidité;
- b) les soins nécessaires ont été apportés à la denture jusqu'alors et l'état de celle-ci permet le traitement envisagé;
- c) le traitement envisagé doit permettre une amélioration durable.

² Il n'est pas octroyé d'aide pour des corrections de nature purement esthétique.

Traitements coûteux **Art. 9** ¹ Sont considérés comme coûteux, au sens de la législation concernant le service dentaire scolaire, les traitements dont les frais prévisibles atteignent le montant de 1'000 francs.

Annexe (mentionnée dans l'article 8.1)

Articulé croisé frontal	occlusions croisées individuelles ou de toutes les incisives et canines
Prognathisme inférieur	tous les cas qui ne sont pas pris en charge par l'assurance-invalidité
Déviations de l'articulé	provoqué par des dents permanentes
Non-occlusion grave	des dents latérales (au moins trois paires d'antagonistes de la denture permanente sur le même côté)
Infraclusion grave	au moins quatre paires d'antagonistes pas en occlusion, surtout s'il y a un rapport avec des troubles de la phonation. En général, un traitement orthophonique est indiqué en premier lieu.
Surocclusion	avec traumatisme de la gencive
Distocclusion CI II/1	avec Overjet de plus de 9 mm
Distocclusion CI II/2	avec traumatisme de la gencive
Agénésies frontales	partielles (une centrale ou une canine)
Rétrécissement grave	sept points de contacts brisés ou manque de place d'au moins 9 mm mesurés dans l'arc dentaire des surfaces mésiales des premières prémolaires
Rétention	des incisives centrales ou des canines constatées deux ans après l'éruption normale moyenne
Diastème	d'au moins 7 mm
Perte après traumatisme	d'au moins une incisive supérieure permanente (sauf si le cas est pris en charge par une assurance-accident)