d'Assurance / **nei erfannen**

demande d'entente préalable

traitements dentaires

Les traitements prothétiques ne peuvent être remboursés que dans le cas où ils ont fait l'objet d'un accord préalable de notre Département Médical, au vu de ce document. Celui-ci, complété par le Praticien, doit être adressé **15 jours au moins avant** la date prévue pour le début du traitement par courrier ou par fax ou Email à :

Médecin-conseil d'AXA Luxembourg
1, place de l'Etoile L-1479 LUXEMBOURG
: (+352) 44 24 24 43 04
optisoins@axa.lu

Patient

☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐ Monsieur

Nom du preneur d'assurance: _____ Prénom du preneur d'assurance: _____

Nom du patient: _____ Prénom du patient: _____

Date de naissance du patient : _____ /_____ /_____ Sexe du patient: ☐ F ☐ M

Les soins sont-ils consécutifs à un accident ? ☐ Non ☐ Oui

Si **oui**, veuillez joindre à ce document un descriptif détaillé des circonstances de l'accident.

Important !

Les documents à joindre à cette demande sont indiqués en *italiques*.

Dans les cas suivants: orthodontie / prothèses dentaires / parodontologie / implantologie, retourner cette demande accompagnée d'un devis détaillé de l'ensemble du traitement.

A compléter par le praticien-traitant :

Orthodontie

Si la demande entre dans le cadre d'une intervention en denture mixte :

a) s'agit-il d'une rééducation de praxies? ☐ Non ☐ Oui

b) s'agit-il d'un appareillage à visée interceptive précoce? ☐ Non ☐ Oui

c) durée prévisible du traitement en denture mixte (mois) : _____

Si le plan thérapeutique intervient en denture définitive, indiquer l'ensemble des valeurs qui suivent :

si l'analyse de Ricketts est utilisée renseigner les items R1-R2-R3-R4 + de 5 à 11		
R1	angle facial	degrés
R2	HFI	degrés
R3	convexité	millimètres
R4	DDM	millimètres

si analyse de Tweed est utilisée renseigner les items T1-T2-T3-T4 + de 5 à 11		
T1	FMIA	degrés
T2	IMPA	degrés
T3	ANB	degrés
T4	DDM totale	

5. Classe dentaire molaire avec décalage mesuré en millimètres : _____

6. Supraclusion ou infraclusion mesurée en millimètres : _____

7. Endoalvéolie ou exoalvéolie par rapport au nombre de dents concernées :

pas d'anomalie : _____ anomalie isolée d'une dent : _____

anomalies multiples : _____ atteinte d'un secteur complet au moins : _____

8. Angle incisive inférieure / NaPog en degrés : _____

9. Angle 11/41 ou 21/31 en degrés : _____

10. Distance bord libre 11/41 ou 21/31 en millimètres : _____

11. Durée prévisible du traitement en denture définitive (en mois) : _____

Prothèses dentaires

Retourner cette demande accompagnée des documents et informations suivants :

- panoramique dentaire au delà de 3 dents
- clichés rétroalvélolaires ou RVG après traitement ou reprise de traitement endodontique.

Prothèse sur dents dévitalisées (n° des dents) : _____

Prothèse sur dents vivantes (n° des dents) : _____

Parodontologie

Retourner cette demande accompagnée des documents et informations suivants :
bilan rétroalvéolaire (status) + nombre de quadrants + secteur concerné + diagnostic + plan de traitement.

Implantologie

Retourner la présente demande accompagnée des documents et informations suivants :
panoramique dentaire + site implantaire (numéros des dents à remplacer par des implants) + compte-rendu comprenant la hauteur d'os disponible dans le site implantaire + contre-indications éventuelles.

Le médecin traitant de l'assuré est autorisé à communiquer au Médecin-conseil d'AXA Luxembourg toutes les informations médicales nécessaires pours statuer son dossier.

L'information sera conservée de manière confidentielle. Elle sera uniquement relevée aux personnes impliquées dans votre traitement ou vos soins.

Fait à _____ , le _____

Signature et cachet du praticien-traitant	Signature du patient (ou éventuellement du tuteur ou parent du patient)

AXA Assurances Luxembourg, S.A.
1, place de l'Etoile L-1479 Luxembourg, BP 1661 L-1016 Luxembourg – R.C.S. Luxembourg B 84514
Tél. : (+352) 44 24 24-4373 – Fax : (+352) 44 24 24-4304