

[I – Règl. 19-12-16 – M.B. 30-6 – art. 2] (°)

**[Annexe 59bis**

**Formulaire concernant le placement de surocclusion 312491-312502**

*A compléter par le bénéficiaire ou coller une vignette :*

**BENEFICIAIRE** Nom, prénom .....  
Adresse.....  
Mutualité.....  
Numéro d'identification à la Sécurité sociale (NISS)

*A compléter par le praticien :*

1. Madame, Monsieur ..... souffre de douleurs et/ou d'un dysfonctionnement du système maxillaire depuis ..... (date ou mentionner x mois/années).

2. Le .../.../..... le **diagnostic** suivant a été posé (cocher ce qui est d'application) :

- Douleur myofaciale et/ou douleur de la coiffe ATM consécutive à une surcharge du système maxillaire
- Déplacement vers l'avant du disque avec réduction (craquement) au niveau de l'ATM gauche/droite
- Déplacement vers l'avant du disque sans réduction (blocage) de l'ATM gauche/droite

3. Le **traitement** suivant a été posé :

- a. Information détaillées sur le problème avec apprentissage de techniques changement de comportement afin d'éviter tout contact inutile entre les dents pendant la journée et
- b. Traitement du système maxillaire par un kinésithérapeute et du massage par le patient même.

4. Lors de la **consultation de** contrôle du .../.../..... manifestation d'une amélioration insuffisante après counseling et kinésithérapie, avec charge persistante le matin

Une plaque de surocclusion type attelle de stabilisation ou de repositionnement a été confectionnée en résine synthétique dure qui couvre entièrement l'arc dentaire de la mâchoire inférieure ou supérieure avec

- a. Une empreinte et enregistrement de l'occlusion le .../.../.....
- b. Le placement, les corrections quant à l'ajustement et le polissage de la plaque de surocclusion le .../.../.....

Les soussignés déclarent que les données précitées sont correctes,

Praticien : nom, prénom :  
Numéro d'identification

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

Bénéficiaire : Nom, prénom

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

**Ce formulaire est sauvegardé dans le dossier du patient**

(°) d'application à partir du 1-8-2017