

[Annexe 60

**Diagnostic et plan de traitement pour un traitement orthodontique régulier,  
à garder dans le dossier du patient**

**Eléments à compléter par le praticien de l'art dentaire**

Je soussigné(e) certifie qu'un traitement orthodontique régulier est planifié pour mon/ma patient(e)  
....., né(e) le .....

**Démarrage du traitement**

**Instruction :** À remplir par le praticien. Cocher ce qui est d'application et justifier si demandé.

- Le traitement orthodontique régulier commencera avant le 15ème anniversaire du patient.
- Le traitement orthodontique régulier ne peut commencer avant le 15ème anniversaire du patient, une notification est envoyée à l'OA via les prestations 305572-305583 ou 305690-305701 \*. Ces codes doivent être attestés avant le 15ème anniversaire et le traitement visé doit démarrer endéans une période de 24 mois civils à compter à partir de la date du 305572-305583 ou 305690-305701 \*.
- Le traitement orthodontique régulier ne peut commencer avant le 15<sup>ème</sup> anniversaire du patient : la notification est faite **à titre conservatoire** via la prestation 305756-305760.\*
- La notification initiale d'un traitement orthodontique régulier via 305572-305583 ou 305690-305701 est modifiée durant le délai de validité précité en une notification à titre conservatoire via 305756-305760 \*

Justification du report du traitement en cas de notification à titre conservatoire :

.....  
.....

*\* : Le praticien informe le patient, en cas d'attestation non électronique, que l'envoi de l'attestation du 305572-305583 ou 305690-305701 ou 305756-305760 doit s'effectuer le plus vite possible (réceptionné au plus tard par l'OA soit avant le 15ème anniversaire du bénéficiaire soit, en cas de changement en notification à titre conservatoire, durant le dernier mois du délai de validité de la notification via 305572-305583 ou 305690-305701).*

---

**Détails concernant le diagnostic et le plan de traitement**

**1. Description détaillée du diagnostic initial :**

.....  
.....  
.....

**2. Description détaillée du plan de traitement :**

.....  
.....  
.....

**3. Etat des dents**                       sans carie                       soignée

---

Date de rédaction .... / .... / .....

Identification du praticien

Ce document (ou son équivalent reprenant les mêmes mentions) doit être rédigé au plus tard au moment du début du traitement, conservé dans le dossier du patient et gardé à disposition du médecin-conseil.]