|  |  |
| --- | --- |
| Numéro de sécurité sociale (NSS) : 756.  (A rappeler dans toute correspondance) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| , | Office de l'Assurance-Invalidité  du canton de Neuchâtel  Rue Chandigarh 2  Case postale 1209  2301 La Chaux-de-Fonds |
| N/réf :       /  Tel. :  V/réf : |

Date de la demande de rapport :

Rapport médical adressé à :

**Examen d’orthopédie dento-faciale (002.021)** / (v. 03.2022)

**Question(s) complémentaire(s) de l'Office AI** (vos réponses peuvent être faites sur une feuille annexe) :

*Aucune question complémentaire de l'Office AI.*

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

**Mandat**

Nom et adresse du/de la spécialiste en orthopédie dento-faciale 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 SSO 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 orthopédie dento-faciale 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 : | Timbre 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**

Téléradiographie du

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

Angle ANB

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

Angle des bases (Spa-Sp/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**

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

**5. 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-DFI](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2021/708/fr)) ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui | Non |

Si oui, sous quel chiffre de l’ordonnance peut-on classer l’infirmité congénitale ?

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

Genre de traitement

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | du       au |

Agent d’exécution

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

**6. Remarques**

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

**7. Signature**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Date : | Timbre et signature du/de la spécialiste  en orthopédie dento-faciale reconnu par l’AI : |

*1. Le spécialiste SSO en orthopédie dento-faciale envoie la copie directement au dentiste traitant en y joignant les documents qu’ils a reçus et ceux que le dentiste aurait éventuellement souhaités.*

*2. Le spécialiste SSO en orthopédie dento-faciale est prié d'envoyer l’original en même temps que sa facture, sur formule AI, à l'Office cantonal AI.*