Assurance-invalidité fédérale (AI)

Numéro d’assuré

**Examen d’orthopédie dento-faciale**

|  |  |
| --- | --- |
| **Assuré** : Nom, prénoms, adresse exacte, NPA, domicile  (évent. représentant légal) | Nom et adresse du dentiste traitant |

|  |
| --- |
| Office cantonal AI  du Valais  Avenue de la Gare 15  Case postale  1951 Sion |

Cet examen n’est requis qu’en cas de suspicion de l’existence d’une infirmité congénitale selon les chiffres 208, 209, 210, 214 et 218 OIC.

Prière de remplir ce questionnaire à la machine à écrire.

Marquer d’une croix ce qui convient.

**A. Envoi**

Nom et adresse du spécialiste SSO en orthopédie dento-faciale chargé de continuer d’instruire la demande :

**Annexes :**

- Formule « Examen médico-dentaire » (copie pour le spécialiste SSO en orthopédie dento-faciale)

Facultativement :

-  modèles d’étude

-  orthopantomogramme ou état radiologique

-  autres documents (p.ex. anciens rapports du spécialiste en orthopédie dento-faciale)

Les parents de l’assuré(e) sont informés que le spécialiste en orthopédie dento-faciale pourra convoquer leur enfant en cas de nécessité pour l’instruction de la demande.

**Remarques :**

Le dentiste soussigné désire-t-il recevoir les documents établis pour l’expertise AI ? oui  non

Lieu et date Timbre du cabinet dentaire et signature

du dentiste qui demande l’examen

           **B. Examen du droit aux prestations**

**1. Résultat de l’enquête**

L’examen médical de l’assuré(e) était-il indispensable pour l’instruction de la demande ? oui  non

Si oui, date de l’examen :

Les résultats figurant dans la formule « Examen médico-dentaire » sont-ils confirmés ? oui  non

Compléments de l’état clinique et/ou modèle d’étude

**2. Etat céphalométrique**

Téléradiographie du :

**3**. **Diagnostique 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, à quelle date ?

Un traitement logopédique post-opératoire est-il nécessaire ? oui  non

**4. Diagnostic**

**5. Examen du droit aux prestations**

5.1 A votre avis, y a-t-il une infirmité congénitale au sens de l’ordonnance sur les infirmités

congénitales (OIC) ? oui  non

Si oui, indiquer le chiffre :

5.2 L’assuré(e) a-t-il/elle besoin d’un traitement spécifique pour traiter l’infirmité congénitale ? oui  non

Si oui, du       au

Agent d’exécution :

**6. Remarques**

Lieu et date :       Timbre du cabinet et signature du spécialiste SSO

en orthopédie dento-faciale

Numéro GLN :      

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