

## Contrat de soins

Après que

Monsieur : .....Madame : .....

Agissant en tant que responsable légal de .....

nous ait donné son consentement éclairé (consécutivement à toutes les informations, indications et contre-indications qui lui ont été données et exposées), après bilan clinique et étude des examens complémentaires, il a été décidé conjointement de procéder à la mise en place d'une thérapeutique par méthode:

-Amovible - Fonctionnelle -Fixe – Mixte - Chirurgie

*Le traitement orthodontique nécessite l'extraction de : .....*

*et éventuellement des dents de sagesse.*

### **TRAITEMENT ACTIF**

Quel que soit le type de traitement la participation de la Sécurité Sociale, sous réserve de son acceptation, est fixée à la date de ce jour à : 193,50 € par semestre, avec un maximum de 6 semestres.

Montant des honoraires par semestre : ..... €

Durée probable du traitement : .....

### **SURVEILLANCE**

Montant des honoraires par semestre : ..... €

### **CONTENTION**

Après le traitement actif, période obligatoire de contention minimum une année. La participation de la Sécurité Sociale, sous réserve de son acceptation, est fixée à : 161,25 €

Montant des honoraires pour une année : ..... €

Paris, le

Signature

## Arrêt de traitement

Madame, Monsieur,

Les difficultés relationnelles, que nous avons, ne me permettent pas d'assurer dans le cadre du contrat de soins un suivi serein et efficace du traitement d'orthodontie de .....

Je suis au regret de vous informer que j'interromps mon traitement. Cette décision est conforme aux articles R. 4127-232 et R. 4127-211 du Code de la santé et 1108 du Code civil.

Afin qu'il y ait une continuité des soins je vous communique l'adresse de praticiens et de centres qui seront à même d'assurer le suivi. Tous les documents concernant ..... sont à votre disposition.

En regrettant cet état de fait, je vous prie de croire à l'expression de mes sentiments les meilleurs.