

# NOMENCLATURE :

## Son utilisation...

Dr Gérard MOTTO

Version 2021



# Nomenclature en ODF/Orthodontie

## 3 Lettres clé

Chirurgiens Dentistes

CS

Z

TO

Consultation  
Spécialisée

Actes  
Radiographiques

Actes d'ODF

Médecins

CS

Z

ORT



# Nomenclature en ODF/Orthodontie

**Notre exercice est régi par les dispositions de la NGAP**

Décisions UNCAM du 11/03/2005 Article III-1 du livre III

**Pour le moment:**

- **La CCAM ne nous concerne pas**
- **Nous ne pouvons pas l'utiliser**

# Rappels

- ◆ **Cotation des actes : Lettre clé puis coefficient (ex : TO 90) en cas de **cotation égale indiquer l'acte** ( TO 5 : surveillance ou analyse céphalo, Z15 : panoramique, téléradio ou radio âge osseux... )**
- ◆ **Notre exercice de Spécialiste est normalement limité aux actes d'ODF**
- ◆ **Seuls peuvent être pris en charge et remboursés par les caisses d'Assurance Maladie :**
  - ◆ **Les actes prévus à la NGAP**
  - ◆ **Les actes effectués personnellement par le praticien**
- ◆ **Actes en TO : sont soumis à AP, exceptés les examens (TO15+5)**

# AP : Cas particulier de l'ODF

- ◆ La demande d'AP doit être transmise aux caisses d'AM **par le praticien** (NGAP dispositions générales article 7-B)
- ◆ L'absence de réponse de la caisse à la demande d'AP (refus motivé) dans les 15 jours vaut avis d'accord
- ◆ Contrairement aux autres spécialités, ni le malade, ni le praticien, ne reçoivent de réponse positive
- ◆ Le délai de 15 jours court à la date de réception de la demande d'AP par les caisses (et non de la date d'envoi !)

# CS: Consultation spécialisée

## Contenu

- ◆ Interrogatoire du malade
- ◆ Examen clinique
- ◆ Actes de diagnostics courants (propres à chaque spécialité)
- ◆ Informations et explications sur l'Orthodontie

## Cotation

- ◆ CS 23 €      OPPOSABLE

**Attention : ne peut pas être cotée si un acte « technique » est coté en même temps**

**Aucune restriction d'âge du patient examiné : enfants et adultes**

# CS: Consultation spécialisée

## Ne pas abuser de la CS

- CS ne peut être cotée qu'une fois/patient/praticien **avant** la demande d'AP
- Concrètement cotez 1 CS à la première consultation ensuite si traitement → plus de CS ( Adulte ou enfant )
- Si pas de traitement → nouveau CS possible si le patient revient au moins un an après .....

## Délai entre la CS et les examens

- Conseil : 20 jours minimum « dispositions générales de la NGAP article 9 page 13 » et « délai de réflexion »
- Patient traité par un confrère et vu en « urgence » → CS possible

# ACTES d'ORTHODONTIE EN TO

UNCAM du 17/12 /2013 J.O. du 8/02/2014

- **Responsabilité de l'Assurance Maladie (prise en charge)**  
**Limitée aux traitements commencés avant le 16<sup>ème</sup> anniversaire**  
**(sauf cas Orthodontico-chirurgical)**

## **Demande d'AP**

- **Nécessaire pour tout nouveau traitement**
- **Valable un an**
- **Caducue si le traitement n'est pas commencé dans les 6 mois après accord**



# ACTES d'ORTHODONTIE EN TO

La demande d'AP est nécessaire également pour :

- **changement de praticien**
- **changement de plan de traitement**



**Nouvel AP**

- **Doit comporter : un diagnostic , un plan de traitement concernant les dysmorphoses corrigibles et la durée probable du traitement**
- **Doit être adressée au Contrôle médical ..... par le praticien (NGAP !)**
- **Aucun acte en TO n'est opposable (sauf pour les CMU/ACS et AME : voir plus loin) Mais ATTENTION : notion de tact et mesure**

# DEMANDE D'AP

## Début et Renouvellement

- ◆ **1<sup>ère</sup> DEMANDE : Mettre 1<sup>ère</sup> Année et TO 90 X 2**
- ◆ **RENOUVELLEMENT : Mettre les N° de Semestre ( 3<sup>ème</sup> + 4<sup>ème</sup> ) et TO 90 X 2**
- ◆ **RENOUVELLEMENT : Au minimum à la date anniversaire du début de Traitement ( indépendant du règlement ! )**
- ◆ **Demandes de SURVEILLANCE : Après un Semestre effectué , ou au moins un Trimestre**



# DEMANDES d'AP

## EXEMPLE

CAB COMU Z.ISD IK SPEC

**NOM et PRENOM DU PATIENT** (à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé(e)) **AS**

**Date de naissance** 31/10/2004 **N° immatriculation de l'assuré(e)** \_\_\_\_\_

(1) Mettre une croix dans la case concernée

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (1)**  
**TRAITEMENT D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE**

Début de traitement  Surveillance

~~Suite~~ - semestre n° 1+2  Contention - année n° \_\_\_\_\_

Autres lesquels \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTIC** (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'une réévaluation)

**Anomalie(s) basale(s) :**

	<b>Maxillaire</b>		<b>Mandibulaire</b>			<b>Maxillaire</b>		<b>Mandibulaire</b>	
Sens sagittal	<input checked="" type="checkbox"/> Pro	<input type="checkbox"/> Retro	<input type="checkbox"/> Pro	<input type="checkbox"/> Retro		<input checked="" type="checkbox"/> Pro	<input type="checkbox"/> Retro	<input type="checkbox"/> Pro	<input type="checkbox"/> Retro
Sens transversal	<input type="checkbox"/> Endo	<input type="checkbox"/> Exo	<input type="checkbox"/> Endo	<input type="checkbox"/> Exo		<input checked="" type="checkbox"/> Endo	<input type="checkbox"/> Exo	<input type="checkbox"/> Endo	<input type="checkbox"/> Exo
Sens vertical	<input type="checkbox"/> Hypodivergence	<input checked="" type="checkbox"/> Hyperdivergence				<input checked="" type="checkbox"/> Supraclusion	<input type="checkbox"/> Infraclusion		

Classe dentaire molaire  Cl.I  Cl.II  Cl.III \_\_\_\_\_

**Dysharmonie dento-maxillaire**  **Dysharmonie dento-dentaire**

Agénésie(s) 38 **Dent(s) incl. ou Sursum.** 13 **Malposition(s)** \_\_\_\_\_

**Occlusion inversée**  Droite  Gauche  Antérieure

**Facteur(s) fonctionnel(s)** \_\_\_\_\_

**PLAN DE TRAITEMENT (Y COMPRIS LES MOYENS THERAPEUTIQUES PREVUS)** (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'une réévaluation)

Traitement de la classe II1 DDM Supraclusion incisives Endoalvéolie maxillaire et articulé inversé hémi arcade droite  
Multiattache complet avec extraction des 14 et 24 Mise en place de la 13 incluse

**COMMENTAIRES**

dégagement de la 13 et freinectomie médiane supérieure  
germectomie de la 48 à prévoir plus tard 24 mois plus ou moins 6 mois

Signature du Chirurgien Dentiste \_\_\_\_\_

DATE : 25/09/2017



# DEMANDES d'AP EXEMPLE

27000 EVREUX

=> 27 4 00508 1 00 1 20 1 36

CAR. COM. Z.150 IN SPEC

PARTIE RESERVEE AU CHIRURGIEN DENTISTE

## Références Nationales Opposables

R.

Date de la proposition

25/09/2017

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

2 x TO90

Un devis a-t-il été remis à l'assuré :

OUI





# DEMANDES d'AP

## Renouvellement

**NOM et PRENOM DU PATIENT**

(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé(e))

**Date de naissance**

31/10/2004

AS

**N° immatriculation de l'assuré(e)**

(1) Mettre une croix dans la case concernée

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (1)**  
**TRAITEMENT D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE**

- Début de traitement  
 Surveillance

- Suite - semestre n° 3 + 4  
 Contention - année n°

- Autres  
lesquels

**DIAGNOSTIC**

(uniquement lors d'une 1ère demande ou d'une réévaluation)

**Anomalie(s) basale(s) :**

- |                  |   |                                |  |                                |
|------------------|---|--------------------------------|--|--------------------------------|
|                  | Maxillaire                              |                                | Mandibulaire                             |                                |
| Sens sagittal    | <input type="checkbox"/> Pro            | <input type="checkbox"/> Retro | <input type="checkbox"/> Pro             | <input type="checkbox"/> Retro |
| Sens transversal | <input type="checkbox"/> Endo           | <input type="checkbox"/> Exo   | <input type="checkbox"/> Endo            | <input type="checkbox"/> Exo   |
| Sens vertical    | <input type="checkbox"/> Hypodivergence |                                | <input type="checkbox"/> Hyperdivergence |                                |

**Anomalie(s) alvéolaire(s) :**

- |  |                                       |                                |                                       |                                |
|--|---------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
|  | Maxillaire                            |                                | Mandibulaire                          |                                |
|  | <input type="checkbox"/> Pro          | <input type="checkbox"/> Retro | <input type="checkbox"/> Pro          | <input type="checkbox"/> Retro |
|  | <input type="checkbox"/> Endo         | <input type="checkbox"/> Exo   | <input type="checkbox"/> Endo         | <input type="checkbox"/> Exo   |
|  | <input type="checkbox"/> Supraclusion |                                | <input type="checkbox"/> Infraclusion |                                |

Classe dentaire molaire  Cl.I  Cl.II  Cl.III

Classe dentaire canine  Cl.I  Cl.II  Cl.III

Dysharmonie dento-maxillaire

Dysharmonie dento-dentaire

Agénésie(s) Dent(s) incl. ou Surnum.

Malposition(s)

**Occlusion inversée**  Droite  Gauche  Antérieure

**Facteur(s) fonctionnel(s)**

**PLAN DE TRAITEMENT (Y COMPRIS LES MOYENS THERAPEUTIQUES PREVUS) (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'une réévaluation)**

**COMMENTAIRES**

Mise sur l'arcade de la 13 puis recul incisif maxillaire et nivellement des arcades

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE :

12/10/2018



# DEMANDES d'AP Renouvellement

=> 27 4 00508 1 00 1 20 1 36

CAB. CONV. 2.150 IN SPEC

PARTIE RESERVEE AU CHIRURGIEN

## Références Nationales Opposables

Date de la proposition

10/10/2018

Date de début effectif du traitement

10/10/2017

Cotation des actes

2 x TO90

Un devis a-t-il été remis à l'assuré :

OUI





# LES EXAMENS

**Tout ce qui est nécessaire à l'établissement du diagnostic et du plan de traitement**

**Prise d'empreintes : sans précision de méthode :**

**Alginate (empreintes physiques) ou empreintes optiques (numérisées)**

**Photographies (NPC)**

**Radiographies (cotées à part en Z)**

**Tous autres examens nécessaires**

**Le tout est coté TO 15 et on y ajoute TO 5 pour l'analyse céphalométrique (attention analyse ne signifie pas tracé !)**

# LES EXAMENS

## cotation

### **Rappel**

**TO 15 comprend :**

**Les examens**

**L'établissement du diagnostic**

**La formulation du plan de traitement avec sa durée**

**prévisible**

**Le tout matérialisé par la demande d'AP**

# Le traitement

- ◆ **Limité à 6 semestres**
- ◆ **Sauf traitement chirurgico-orthodontique adulte : 1 semestre**
- ◆ **Limité à 3 semestres en denture mixte, exceptionnellement 4 semestres après demande justifiée et accord du Chirurgien Dentiste Conseil**
- ◆ **Cotation TO 90 /semestre : Acte global**
  - ◆ **Peut cependant être honoré, coté, et remboursé en deux fois : TO 45/trimestre échu**
  - ◆ **Seul le 1<sup>er</sup> semestre est honoré TO 45 au début et TO 45 à la fin**
  - ◆ **ATTENTION La possibilité de fractionner au « Prorata Temporis » si abandon ou départ n'est normalement pas prévue dans la NGAP ( sauf pour les Médecins !)**

# Le traitement

- ◆ **Traitement ODF préalable à une chirurgie des maxillaires ( Patient de + de 16 ans )**
  - ◆ **TO 90 non renouvelable et remboursable en une fois**
  - ◆ **Ce semestre Pré-Chirurgical est indépendant de tout traitement ODF et Praticien(s) antérieur (s)**
  - ◆ **Pas de limitation d'âge**
  - ◆ **Demande d'AP accompagnée obligatoirement d'une lettre du chirurgien maxillo facial motivant l'intervention**

# Le traitement

- ◆ **Disjonction inter maxillaire rapide**
- ◆ Nécessite une demande d'AP motivée par un diagnostic ORL d'insuffisance respiratoire confirmée pour dysmorphose maxillaire
- ◆ TO 180 en une fois, acte global, non fractionnable et non renouvelable
- ◆ Pas de notion de durée de cet acte
- ◆ **Traitement des malformations consécutives au bec de lièvre total ou division palatine**
- ◆ TO 200/an acte global, fractionnable (cotable et remboursable) **TO 100/semestre échu depuis décision UNCAM du 12/10/2020 !**
- ◆ TO 60 en période d'attente de surveillance (cotable en fin de période, sans précision de durée et non fractionnable !)  
Pas de limitation du nombre d'années

# Taux de Remboursement ( Régime Général)

## Plus de 50 lettres clé :

- ◆ Remboursables par les Caisses à 100% du tarif de responsabilité des Caisses d'Assurance Maladie
- ◆ Semestre d'orthodontie TO 90
- ◆ 1<sup>ère</sup> année de contention TO 75
- ◆ Disjonction inter maxillaire rapide TO 180
- ◆ Orthopédie des malformations : (bec de lièvre ou divisions palatines TO 200 (traitement) ou TO 60 attente

## 50 lettres clé ou moins :

- ◆ Remboursables par les Caisses à 70 % du tarif de responsabilité de l'Assurance Maladie
- ◆ CS
- ◆ Examens TO 15+5
- ◆ Surveillance TO 5
- ◆ 2<sup>ème</sup> année de contention TO 50
- ◆ Actes de radiologie

**Ces notions doivent être indiquées au patient et mentionnées sur les devis**



# Contention



- **Acte soumis à AP**
- **Possible que si le traitement a donné des résultats positifs**
- **Doit être justifiée techniquement**
- **Nécessité d'appareillage passif**
- **Surveillance régulière**

# Radiographies

## ◆ Cotation et prises en charge prévues à la NGAP

◆ **Panoramiques (OPT)** → tous les patients

◆ **Téléradios**  
le traitement ODF  
est remboursé

◆ **Age osseux**



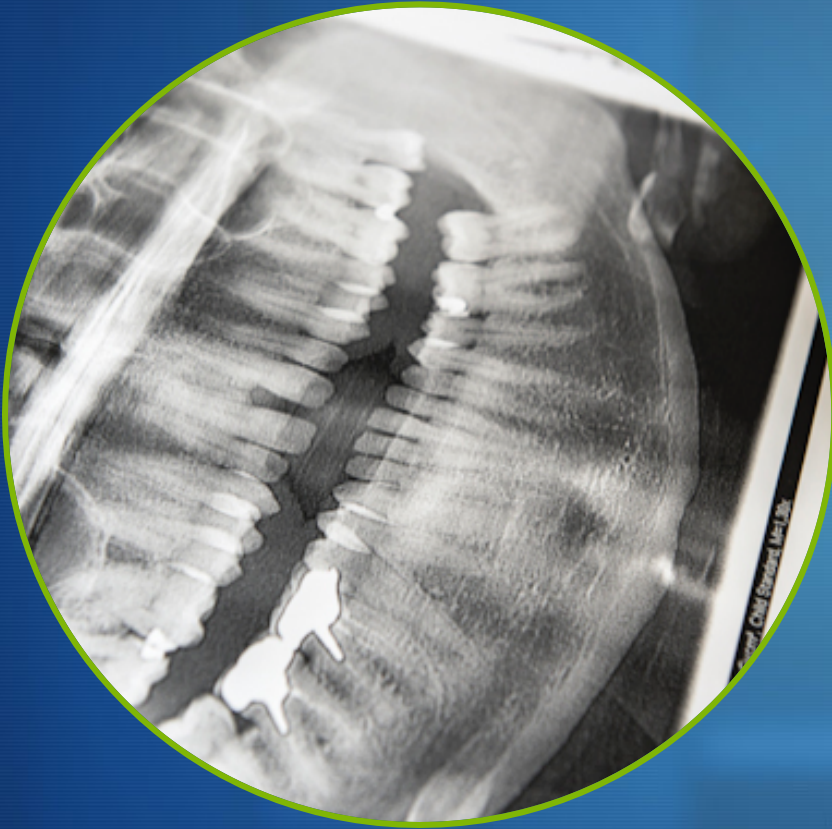
**Téléradios : Tous les patients pris en charge**  
**Moins de 16 ans pour l'âge osseux**

◆ **Radiographie des ATM** → tous les patients

◆ **Examen tomographiques 3D** → tous les patients

◆ **Mais attention: indications restreintes et jamais en première intention**

# Radiographies



- ⊙ **Matérialisé par un document (argentique ou impression papier)**  
**Mentionnant date, nom du patient, du praticien, caractéristiques des RX**
- ⊙ **Avec nécessité d'un compte rendu écrit (exemple diapo suivante)**
- ⊙ **Ne nécessitent pas d'AP**
- ⊙ **Attention aux recommandations de la HAS : Indications justifiées et pas de multiplications inutiles**



425 A, rue Clément Ader  
27000 EVREUX  
Tél. 02 32 333 444  
Fax 02 32 31 87 19  
cabinetmotto@orange.fr

N°27400508100120136  
RPPS N° 10000485077



Date :

Patient :

N° de Dossier :

RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE pour diagnostic orthodontique

Stade dentaire

- Denture temporaire
- Denture mixte
- Denture adulte

Agénésies

- Oui
- Non

Dents surnuméraires

- Oui
- Non

Dents incluses

- Oui *A3-23*
- Non

Germes des troisièmes molaires

- Visibles
- Non visibles

Observations

- Dents extraites
- Caries *36-46*
- Dents dévitalisées

- Couronne(s)
- Bridge(s)
- Implant(s)

~~TELERRADIOGRAPHIES~~

DE PROFIL EN OCCLUSION en vue d'une étude céphalométrique

DE FACE EN OCCLUSION en vue d'une étude céphalométrique

Observations

*[Signature]*  
Signature du Praticien

RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE DES MAXILLAIRES

Stade dentaire

- Denture temporaire
- Denture mixte
- Denture adulte

Agénésies

- oui
- non

Dents surnuméraires

- oui
- non

Dents incluses

- Oui :
- Non

Germes des troisièmes molaires

- Visibles
- Non visibles

Observations

- Dents extraites
- Caries
- Dents dévitalisées

- Couronne (s)
- Bridge(s)
- Implant(s)





# Radiographies utilisées en Orthodontie

## Cotations

### ◆ **Panoramique des maxillaires**

Cotation Z15

Aucun âge limite → tous patients

### ◆ **Examen pour le calcul de l'âge osseux**

◆ Cotation Z15

◆ Uniquement remboursable pour les traitements commencés avant 16 ans

◆ Quelque soit la méthode

### ◆ **Radiographie des ATM**

◆ Cotation Z19

### ◆ **Téléradiographie de la tête**

Cotation 1 incidence (profil seul) Z15

Cotation 2 incidences (profil+face) Z20

Cotation au delà de 2 incidences → toujours Z20

Remboursable :

◆ Pour les traitements commencés avant le 16<sup>ème</sup> anniversaire

◆ Pour les cas orthodontico-chirurgicaux

### ◆ **Examen Tomographique (3D)**

◆ 1<sup>er</sup> plan de coupe Z35

◆ Plans suivants ( tout ) + Z25

◆ **ATTENTION** si pratiqués avec d'autres radiographies dans la même séance...Z15

◆ **...et Facturation limitée à 69 € ! À préciser**

# Recommandation pour les radiographies (HAS)

- ◆ **Avant un traitement d'Orthopédie Dento Faciale:**

- ◆ Radiographie panoramique nécessaire et obligatoire (analyse de tous les organes dentaires)

Téléradiographies si nécessaires (voir tableau suivant)

Autres radiographies nécessaires ( Âge osseux, ATM ...)

- ◆ **Radiographies Panoramiques de contrôle :**

Les clichés panoramiques de contrôle doivent s'appuyer sur des nécessités thérapeutiques justifiables. Cependant un cliché annuel est conseillé pendant le traitement actif si risques, et le cliché terminal doit être réalisé avant la fin de la thérapeutique afin de permettre des finitions orthodontiques. Ensuite contrôles annuels si besoin ( évolution dents de sagesse par exemple )

- ◆ **Téléradiographies de contrôle peuvent être réalisées :**

- ◆ A la fin d'un traitement fonctionnel pour évaluer la nouvelle inclinaison des incisives
- ◆ A la fin d'une préparation ortho-chirurgicale, avant chirurgie
- ◆ Après l'intervention de chirurgie maxillo-faciale
- ◆ Juste avant la fin d'un traitement orthodontique, notamment pour analyser la position des incisives ou des molaires.



# Recommandations pour les téléradiographies initiales de profil et de face (HAS)

Analyse clinique : un traitement d'Orthodontie ou intervention chirurgicale maxillo-faciale sont ils nécessaire et y a t'il acceptation du patient de la proposition thérapeutique ?



Début traitement envisagé < 6 mois ?



Anomalie sagittale Antéro-postérieure ou verticale marquée?



Téléradiographie de profil



Anomalie Transversale Marquée ?



Téléradiographie de face



Pas de téléradiographie



Pas de téléradiographie



Pas de téléradiographie

# CAS PARTICULIERS

## Patients CSS

- ◆ **Tarifs imposés :**
  - ◆ 464 €/semestre maximum en Multi-attache (possible de fractionner en TO45)
  - ◆ 333€/semestre maximum en amovible ( idem )
  - ◆ 381.12 €/semestre maximum traitement pré-chirurgical ( en une fois )
  - ◆ Tarif de responsabilité des caisses pour tous les autres actes
- ◆ **Possibilité de dépassement si exigence particulière du patient**  
( traitement avec moyens techniques ) → Faire un devis (NPC) qui mentionne bien « à la demande du patient », et utiliser le code FPO sur la feuille d'acquit ou la télétransmission
- ◆ **Nécessité de faire deux devis signés par le patient ( en cas de perte des droits CMU ou ACS)**
  - ◆ 1 tarif CSS qu'il faut joindre obligatoirement, signé par le patient, à chaque demande d'AP
  - ◆ 1 tarif au normal mentionnant « si perte de la CSS » ( reste au Cabinet)

# CSS : Acquits

- ◆ **Pour les CSS : ne pas oublier de coter de la façon suivante / trimestre**
- ◆ **1<sup>ère</sup> ligne : TO 45 ....96,75 €**
- ◆ **2<sup>ème</sup> ligne : FDO 29 ...135,25 € (multiattache )**
- ◆ **Ou FDO 28 ...69,75 € ( amovible )**
- ◆ **Sinon vous ne serez réglés que de 96,75 € par la Caisse !!!**

## ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE - CMU-C

Nomenclature : Acte ou traitement	Cotation NGAP	Code de transposition	Tarifs de responsabilité	Honoraires maxima	H
Traitement des dysmorphoses, par période de 6 mois, dans la limite de 6 périodes sans multi attaches	TO90	<b>FDO28</b>	193,50	<b>333</b>	
Traitement des dysmorphoses avec multi attaches	TO90	<b>FDO29</b>	193,50	<b>464</b>	
Séance de surveillance (maxi 2 par semestre)	TO5	<b>FDO31</b>	10,75	<b>10,75</b>	
Contention après trait. orthodontique, 1 <sup>ère</sup> année :	TO75	<b>FDO32</b>	161,25	<b>161,25</b>	
2 <sup>ème</sup> année :	TO50	<b>FDO33</b>	107,50	<b>107,50</b>	
Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée	TO180	<b>FDO36</b>	387	<b>387</b>	
Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre total ou à la division palatine :					
Forfait annuel, par année :	TO200	<b>FDO34</b>	430	<b>430</b>	
En période d'attente :	TO60	<b>FDO35</b>	129	<b>129</b>	
Traitement d'ODF avec multi attaches au-delà du 16 <sup>ème</sup> anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale sur les maxillaires, pour une période de 6 mois non renouvelable	TO90	<b>FDO37</b>	193,50	<b>381,12</b>	

# Patients CSS

- ◆ **La partie tiers payant est à adresser à la Caisse d'Assurance Maladie qui nous règle directement**
- ◆ **En cas de doute sur les droits CSS :  
Aller sur « Améli- Espace Pro », indiquer le N° SS ainsi que le nom du bénéficiaire : vous serez renseignés**



# Prise en charge CSS

- ◆ **La situation des CSS prime lors de l'Accord Préalable : en clair si l'AP est donné sous le régime CSS, le règlement en fin de semestre est fait par la caisse au tarif CSS**
- ◆ **Si le patient devient CSS en cours de semestre, et qu'il soit au tarif « normal » lors de l'AP, l'acquit doit être effectué en CSS...!**



# CAS PARTICULIERS

## Patients AME

- ◆ **Obligation de pratiquer le tarif de responsabilité des Caisses**
  - ◆ **Aucun honoraire libre**
  - ◆ **Pas de devis possible**
  - ◆ **Pas de dépassement possible, même si exigence particulière !**

# LE DEVIS

- ◆ **Nécessaire pour tout acte supérieur à 70 € ( Code Civil ), ou pour tout dépassement du tarif de remboursement**
- ◆ **Obligation de remettre au patient un devis conventionnel**
- ◆ **Conseillé :**
  - ◆ **Remettre en plus un devis personnalisé du cabinet plus détaillé**
  - ◆ **Remettre un échancier de règlement (acomptes possibles, mensualisation... )**
  - ◆ **Indiquer que les règlements sont forfaitaires (indépendants des RDV et des remboursements)**

# CONSEILS

- ◆ **Garder les preuves des explications et conseils donnés**
  - « **consentement éclairé** » **Imprimé et signé ( Lu et approuvé conseillé pour identification) Signature électronique possible.**
- ◆ **Garder la trace écrite de tous actes effectués**
- ◆ **Garder le maximum d'informations sur le traitement (moulages, photographies, radiographies)**
- ◆ **Remise des doubles des documents aux patients (qui en sont propriétaires) :**
  - ◆ **faire signer un document attestant cette remise**

**Je vous remercie de  
votre attention**

