

PLAN DE TRAITEMENT ET OCCLUSION 2024

FOCUS 2024

J1 : LUNDI 10 JUIN 2024

J2 : MARDI 11 JUIN 2024

PRIX : **890 EUROS**

PRISE EN CHARGE FIF-PL POSSIBLE

CODE FORMATION : FPTTO



DR F. LEBIGOT

LES OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES :

- 01 Identifier les éléments nécessaires à la réalisation d'un plan de traitement.
- 02 Evaluer les paramètres diagnostics et déterminer les facteurs de risques.
- 03 Identifier les différents diagnostics fonctionnels.
- 04 Enregistrer la position du maxillaire.
- 05 Faire un montage sur articulateur.

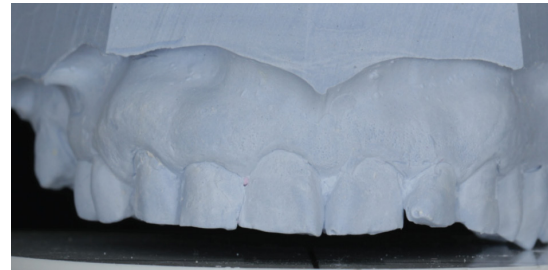


A la fin de ces 2 journées, vous saurez :

- Quels éléments sont nécessaires pour réaliser un plan de traitement,
- Utiliser la photo dans l'aide au plan de traitement et la communication avec le patient,
- Évaluer les 4 paramètres diagnostics,
- Déterminer les facteurs de risque propres à chaque patient,
- Gérer le risque carieux,
- Gérer la maladie parodontale,
- Identifier les différents diagnostics fonctionnels,
- Utiliser un Kois dento facial analyser,
- Réaliser un Kois déprogrammeur,
- Faire un montage sur articulateur.

TP :

- Kois déprogrammeur
- Enregistrement de la position du maxillaire à l'aide du Kois dento facial analyser
- Études de cas cliniques



BULLETIN D'INSCRIPTION

PLAN DE TRAITEMENT ET OCCLUSION 2024

Nom:

Prénom:

Adresse:

Code Postal: Ville:

Téléphone:

E-Mail : *(obligatoire)*

Régime alimentaire: *(végétarien, femme enceinte, sans viande, etc)*

.....

Libéral

Salarié : nom du cabinet et du représentant

.....

N°RPPS :

INSCRIPTION ET RÈGLEMENT :

Les règlements s'effectuent par virement ou chèque bancaire.
L'inscription est **considérée** définitive après règlement intégral.

● **Tarif : 890€**

CHOIX 1

- Virement bancaire** ⁽¹⁾ : BNP PARIBAS
IBAN : FR76 3000 4006 2800 0100 7884 266
BIC : BNPA FR PP XXX

Inscription : soit 890€

(1) Règlement par virement bancaire :

Merci d'indiquer la référence suivante : NOM+FPTTO+2024

CHOIX 2

- Chèque bancaire** ⁽²⁾ à l'ordre de Clinic-ALL
Inscription : soit 890 €

(2) Règlement

Encaissement chaque 20 du mois.

À envoyer à :

CLINIC-ALL, 66 Quai Charles de Gaulle, 69006 Lyon

- J'ai lu et j'accepte le **règlement intérieur** et les **CGV** disponibles sur www.clinic-all.fr
- Je souhaite recevoir des informations sur les **hébergements** à proximité de Clinic-All.



PRÉ-REQUIS :

Doctorat en chirurgie dentaire (ou étudiant en formation initiale non encore diplômé). Omnipraticien.



MODALITÉS D'INSCRIPTION :

Pré-inscription :

- Envoi du bulletin d'inscription (par courrier postal ou mail).
- Règlement par virement ou chèque.

L'inscription est **considérée** définitive après :

- Règlement en totalité des droits d'inscription.
- Validation administrative par mail.



DÉLAIS D'ACCÈS :

Les demandes d'inscription peuvent être envoyées jusqu'à 7 jours avant le début de la formation, en fonction des places disponibles.



MODALITÉ D'ÉVALUATION :

Au cours des sessions, nous nous attachons à vérifier que l'apprenant ne rencontre pas de difficultés. Des QCM peuvent être proposés en début ou en cours de formation. Lors des séances de travaux pratiques, l'encadrant vérifie l'évaluation des acquis.

Un certificat de réalisation est délivré à la fin de la formation.



ACCESSIBILITÉ :

Nous sommes particulièrement attachés à l'intégration des personnes en situation de Handicap. Vous souhaitez échanger sur votre situation ? Contactez-nous par e-mail (contact@clinic-all.fr) ou par téléphone.



SATISFACTION :

Satisfaction des participants 2023 : 9/10

ANNULATION :

En cas annulation de la part du participant, des indemnités restent dues :

- Aucune retenue si annulation 3 mois avant
- 40% du montant total si annulation moins de 3 mois
- 100% du montant total pour une annulation dans le mois précédent la formation

Date et signature :