



Rue de Lausanne 42
1950 Sion - Sitten
Tél. 027 327 33 20
Fax 027 327 33 27
E-Mail admin@assval.ch
www.soins-dentaires-jeunesse.ch

FORMULAIRE DE FACTURATION DES SOINS ORTHODONTIQUES OU CONSERVATEURS

Date : **Nom du praticien** :

N° SDJ : **GLN du praticien** :

Patient :

Date de naissance : **N° AVS** :

Représentant légal : **Langue (F/D):**

Adresse :

N° de commune :

Tél. : **E-mail** :

N° de subvention : (pour les soins orthodontiques uniquement)

Traitement du au

Date	Code	Qté	Libellé	Valeur	Nb. Pts	Montant

Montant total _____