ASSOCIATION VALAISANNE POUR LA PROPHYLAXIE ET LES SOINS DENTAIRES A LA JEUNESSE
WALLISER VEREINIGUNG FÜR PROPHYLAXE UND JUGENDZAHNPFLEGE

ORTHODONTISTE / MEDECIN-DENTISTE TRAITANT :

N° DE MEDECIN : .....

CONTRAT D'HONORAIRES POUR TRAITEMENT ORTHODONTIQUE SUBVENTIONNE

(facturé par acomptes durant le traitement, moins la subvention de 40% sur les honoraires facturés)

PATIENT : Nom et prénom .....

Commune de domicile du patient .....

PARENTS détenteurs de l'autorité parentale conjointe *(En cas d'autorité parentale exclusive, joindre la décharge ad hoc signée)*

* * * * * Les parents doivent impérativement remplir eux-mêmes les informations ci-dessous les concernant * * * * *

Nom et prénom de la mère : .....

Nom et prénom du père : .....

Les factures du contrat d'honoraires seront adressées : ☐ **à la mère** ***OU*** ☐ **au père** ***UNE SEULE REPONSE***

Rue Numéro / Case postale : .....

NPA Localité : .....

Diagnostic : .....

Numéro(s) selon la liste des subventions : ..... selon l'article 5 des instructions

Mesures	**Appareils**

Durée globale approximative du traitement :

Ce contrat d'honoraires concerne les soins dispensés par le praticien susmentionné conformément au plan de traitement précité. Il englobe toujours la totalité du traitement (de la 1ère consultation à la fin de la phase de contention y compris tous les frais du laboratoire) et se limite (sous réserve des points 1 et 4 ci-après) à un montant global et maximal de

Fr. 11'000.-- brut (+15% de dépassement admis selon point 1 ci-après)

La subvention légale de 40% est due sur les honoraires bruts facturés et elle est directement déduite sur les acomptes facturés au débiteur.

CONDITIONS :

1. *Le montant de ces honoraires est calculé selon le tarif SSO pour les soins dentaires scolaires et peut varier de 15% environ.*
2. *Des circonstances extraordinaires peuvent nécessiter un traitement médical plus conséquent que prévu, ce qui peut amener à un dépassement du montant inscrit sur le présent contrat. Le cas échéant, le médecin doit en informer les signataires du contrat ainsi que SDJ dans les meilleurs délais.*
3. ***L'Association valaisanne pour la prophylaxie et les soins dentaires à la jeunesse (SDJ) est mandatée pour l'encaissement et le recouvrement des factures par voie de poursuite ou en procédure civile.***
4. *Les subventions ne peuvent être accordées, selon les directives cantonales, que jusqu'au 31.12 de l'année des 16 ans du patient.*
5. *Les soussignés ont été informés qu'ils sont libres de demander un 2e avis auprès d'un spécialiste SSO en orthodontie ou d'un orthodontiste spécialisé.*
6. *Les soussignés acceptent que le dossier médical soit examiné par un expert indépendant, afin d'évaluer le bien-fondé de la demande de subventionnement sur le plan médical ou en cas de questions relatives à la facturation.*
7. *Le patient ne peut changer de médecin-dentiste traitant sans motif dûment fondé et sans accord de SDJ (selon article 1.5 des instructions de janvier 2020). Les parents détenteurs de l'autorité parentale conjointe prennent connaissance qu'un tel changement, si admis, est susceptible de renchérir le traitement. Toutes les autres clauses des dites instructions restent explicitement réservées.*

Les soussignés ont pris connaissance du présent contrat, acceptent les conditions et les honoraires susmentionnés et désirent que le traitement orthodontique soit effectué. **Le patient mineur capable de discernement selon les dispositions légales doit donner son accord pour effectuer le traitement (feuille séparée).**

SIGNATURES

des détenteurs de l'autorité parentale : **du médecin-dentiste / orthodontiste traitant**

Mère Père

....

Lieu/date : ..... Date : .....

Le document peut être transmis à SDJ par courrier postal ou par courrier électronique (sécurisé) à facturation2@assval.ch.