



**Commune mixte de Saules**

**Règlement fixant les  
contributions  
communales aux frais de  
traitement dentaire des  
enfants en âge de  
scolarité**

# Règlement fixant les contributions communales aux frais de traitement dentaire des enfants en âge de scolarité

(Pour faciliter la lecture du document, le masculin générique est généralement utilisé, il s'applique aux deux sexes)

Vu l'article 60 de la loi sur l'école obligatoire (LEO) et en vertu de l'article 14 lettre e du Règlement d'organisation (RO), l'assemblée communale arrête le présent règlement

## 1 Principe

### But

#### Article 1<sup>er</sup>

Dans le but d'assurer des soins appropriés garantissant une dentition saine à tous les enfants domiciliés à Saules, la commune verse des contributions aux frais de préventions dentaires déterminés dans le cadre du service dentaire scolaire des écoles de Reconvilier et fournit une aide aux parents de condition modeste.

## 2 Ayants-droit

### Définition

#### Art. 2

En plus d'assurer la prévention nécessaire et de fournir une aide aux parents de condition modeste, la commune verse une contribution pour le traitement dentaire des enfants domiciliés à Saules et fréquentant l'école obligatoire qui comprend l'école enfantine, le degré primaire et le degré secondaire I.

## 3 Bases d'appréciation

### Frais déterminants

#### Art. 3

<sup>1</sup> La contribution communale est fixée sur la base du coût net imputable à la famille, soit après déduction des prestations d'assurance ou de toute autre contribution reçues.

<sup>2</sup> Il incombe aux représentants légaux de fournir tous les justificatifs nécessaires à l'appréciation du coût net et de prouver le paiement de la facture totale.

### Dentition anormale

#### Art. 4

<sup>1</sup> Les enfants ayant des anomalies de la denture (orthopédie dentofaciale) peuvent obtenir un soutien financier de la commune pour leur traitement. Chaque demande de subvention doit être présentée au moyen du formulaire officiel fourni par les Editions scolaires du canton, dûment rempli par le dentiste traitant et le dentiste-conseil cantonal.

<sup>2</sup> Les parents demandent directement le rapport au dentiste-conseil officiel du canton de Berne. Les frais relatifs à l'établissement de ce rapport ne sont pas subventionnés et incombent exclusivement aux parents.

<sup>3</sup> En cas de préavis négatif du dentiste-conseil, la commune ne subventionne pas le traitement.

**Barème**

**Art 5**

<sup>1</sup> Les traitements dentaires sont subventionnés à raison de 20%.

<sup>2</sup> Les traitements orthodontiques sont également subventionnés à raison de 20% pour autant qu'ils respectent les conditions de l'article 4 ci-dessus

**4 Dispositions finales**

**Entrée en vigueur**

**Art. 6**

<sup>1</sup> Le présent règlement entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2018.

<sup>2</sup> Il abroge à la même date le règlement concernant les contributions aux frais de traitements dans le cadre du service dentaire scolaire du 17 décembre 1996.

Ainsi délibéré et adopté par l'assemblée communale du 11 décembre 2017



Au nom de l'assemblée communale  
Le président :

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'M. Schaer'.

M. Schaer

la secrétaire :

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'S. Bassin'.

S. Bassin

## Certificat de dépôt

La secrétaire communale soussignée certifie que le présent règlement a été déposé publiquement au secrétariat communal du 10 novembre au 11 décembre 2017 (30 jours avant l'assemblée appelée à en délibérer). Le dépôt public a été publié dans la Feuille officielle d'avis n° 40 du 8 novembre 2017.

Saules, le 28 février 2017

La secrétaire communale :



S. Bassin

Elève: Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Adresse (rue, localité): \_\_\_\_\_

Parents: Nom du représentant légal: \_\_\_\_\_

Adresse (rue, localité): \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

**① Constatations**

Le dentiste traitant doit transmettre la présente formule (en 5 exemplaires) aux parents.

I. Modèles: mâchoires supérieure et inférieure – La relation entre les modèles doit être indiquée par des traits au crayon et attestée par une cire d'occlusion.

II. Etat radiologique: \_\_\_\_\_ Dents dévitalisées: \_\_\_\_\_

III. Etat clinique: Gencive: \_\_\_\_\_ Déviation RC/IM: \_\_\_\_\_

VI. Correspond au chiffre \_\_\_\_\_ de la liste estimative. Overjet en mm: \_\_\_\_\_

V. Le cas a-t-il été déclaré à l'assurance-invalidité? oui  non  A-t-il été admis? oui  non

**② Diagnostic**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**③ Plan de traitement et appareils**

No	Mesures	Appareils	Remarques
1.			
2.			
3.			
4.			

**④ Devis**

Devis selon le tarif des soins dentaires scolaires en vigueur (estimation éventuelle des frais supplémentaires s'ils dépassent le devis de plus d'un tiers)

Fr. \_\_\_\_\_

Timbre et signature du dentiste traitant:

Lieu et date: \_\_\_\_\_

Le dentiste traitant doit porter les dispositions légales à la connaissance des parents, les informer des possibilités d'obtenir une subvention et leur signaler les frais d'examen et de traitement éventuels. Il faut notamment se référer à l'ordonnance concernant le traitement de la denture anormale (voir extrait au verso).

Annexes: – modèles – radiographies

**⑤ Demande de contribution présentée à la commune**

A remplir par le requérant (parents) puis à retourner au dentiste traitant.

Après s'être renseigné/e sur les prestations de l'assurance maladie, le/la soussigné/e demande une contribution supplémentaire à la commune.

oui/non

Prestations de l'assurance maladie: \_\_\_\_\_

Signature de la personne détentrice de la puissance parentale: \_\_\_\_\_

Lieu et date: \_\_\_\_\_

**⑥ Constatations du dentiste-conseil**

A remplir par le dentiste-conseil puis à transmettre à l'autorité communale.

Le présent cas répond aux exigences formulées dans le décret et l'ordonnance sur le service dentaire scolaire (voir verso).

oui/non

Le traitement proposé (la poursuite du traitement) peut être assuré(e) dans le cadre du service dentaire scolaire. (Si le dentiste-conseil refuse, le traitement fait l'objet d'un financement privé.)

oui/non

Date: \_\_\_\_\_

Remarques: \_\_\_\_\_

Timbre et signature du dentiste-conseil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**⑦ Décision de l'autorité communale compétente**

A remplir par l'autorité communale puis à notifier  
– aux parents  
– au dentiste traitant  
– au dentiste-conseil (2 exemplaires)  
– à l'autorité communale

La demande de contribution (complémentaire) est accordée. Si les frais dépassent le devis, le montant de la contribution communale doit être redéfini.

oui/non

Vérifier auparavant si des prestations sont versées par une caisse-maladie. Contribution allouée par l'autorité communale: \_\_\_\_\_

Fr. \_\_\_\_\_

Lieu et date: \_\_\_\_\_

Timbre et signature de l'autorité communale: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_