



SOINS DENTAIRES

DEMANDE DE REMBOURSEMENT NEUTRA

(Pour tous les soins à partir du 1er janvier 2014)

Société Mutualiste d'Assurances
Agréée par l'O.C.M. sous le n° 250/2
N° d'entreprise: 0472.020.311

Pour pouvoir prétendre à un remboursement, ce document doit être intégralement complété et nous être retourné avec les quittances de remboursement de la mutualité dans le cas de soins remboursables par l'A.M.I.

I. A COMPLETER PAR LE MEMBRE

Nom :

Prénom :

Numéro national :

Rue : N° : Bte : ...

Code Postal : Localité :

Compte financier (IBAN) : _____ - _____ - _____ - _____ BIC : _____

La S.M.A. Neutra traite les données reprises dans ce formulaire conformément à la loi du 08 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Les données que vous communiquez à la S.M.A. Neutra sont utilisées dans le cadre de l'intervention de votre assurance Neutra et ne sont transmises qu'au personnel chargé de traiter votre dossier. Toute personne dont les données sont traitées peut consulter ses données personnelles, les faire corriger ou, si elle a de bonnes raisons, les faire supprimer, au moyen d'une demande datée et signée, accompagnée d'une copie de la carte d'identité à envoyer à la S.M.A. Neutra. Par la présente déclaration, j'autorise la S.M.A. Neutra à traiter mes données personnelles et médicales.

Date __ / __ / ____ Signature

Veillez apposer une vignette
de votre mutuelle

II. A COMPLETER PAR LE DENTISTE *(Veillez compléter uniquement les zones concernées)*

Soins préventifs (codes nomenclatures couverts : de 301254 à 301265 et de 301593 à 302245)

Codes nomenclature :

Date de la prestation :

Prothèse dentaire (codes nomenclatures couverts : de 306832 à 306946 et de 307731 à 308162)

Codes nomenclature :

Date de la prestation :

	Supplément par squelettique	Couronne	Implant
Nombre
Montant payé par le patient EUR EUR EUR
Date de la prestation	__ / __ / ____	__ / __ / ____	__ / __ / ____

Fait le __ / __ / ____ à

Signature..... Cachet :