



**Société Mutualiste d'Assurances Neutra**  
Rue de Joie 5 à 4000 LIEGE  
N° d'entreprise : 0472.020.311  
Tél. : 04 254 54 90 Fax : 04 254 54 37  
Email : Info@neutrahospi.be

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES SOINS DENTAIRES**  
**(Pour tous soins à partir du 1er janvier 2014)**

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.

**A COMPLETER PAR LE MEMBRE**

Nom : .....

Prénom : ..... ou coller une vignette mutuelle

Numéro national : .....

Adresse : .....

**Compte financier – IBAN numéro :** ..... **(A renseigner obligatoirement)**

La SMA Neutra traite les données reprises dans ce formulaire conformément à la loi du 8 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 SMA 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 SMA Neutra.

Par la présente déclaration, j'autorise la SMA Neutra à traiter mes données personnelles et médicales.

Date :

Signature :

**A COMPLETER PAR LE DENTISTE**

**Compléter uniquement les zones concernées.**

**Soins préventifs (codes de la nomenclature couverts : 301254-301265 et de 301593 à 302245)**

Indiquer les codes de la nomenclature : .....

Date de la prestation : .....

**Prothèse dentaire (codes de la nomenclature couverts : de 306832 à 306946 et de 307731 à 308162)**

Indiquer les codes de la nomenclature : .....

Date de la prestation : .....

	<b>Supplément par Squelettique</b>	<b>Couronne</b>	<b>Implant</b>
<b>Nombre</b>			
<b>Montant restant à charge du patient</b>			
<b>Date de la prestation</b>			

Date :

Signature :

Cachet :