



Société Mutualiste d'Assurances
reconnue par l'OCM
sous le n°250/2



Agent d'assurances reconnu par l'OCM
sous le n°2005c

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 :

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 :

	Supplément Squelettique	Couronne	Implant
Nombre			
Montant payé par le patient			
Date de la prestation			

Date :

Cachet :

Signature :