



Imprimé 08

DEMANDE DE REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE ET SUPLEMENTAIRE  
DE FRAIS DE DENTISTERIE

Je soussigné (e),

Nom : .....

Prénoms : .....

Nom de jeune fille : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse personnelle : .....

Wilaya : ..... N° de téléphone : .....

Matricule de paie : .....

Matricule de pension CNR : .....

N° MUTEG : ..... BG : ..... Ou CNR : .....

Organisme employeur (Filiale ou CNR) : .....

N° de Compte CCP: .....

**Demande de remboursement pour :**

Prothèse Dentaire  Dentier  Appareil ODF  Petite chirurgie

**Cas d'un ayant droit :**

Bénéficiaire : **Conjoint**  **Enfant**  **ayant droit**

Nom et Prénom : .....

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

**L'Adhérent**

✓ **Dossier Administratif à joindre avec la Demande :**

- ✓ Imprimé MUTEG (P08).
- ✓ Copie de la Prescription médicale.
- ✓ L'original du Bon de paiement ou de la facture.
- ✓ Feuille de maladie avec avis de la CNAS ou du chirurgien-dentiste du FOSC.
- ✓ Fiche familiale récente (cas d'un ayant droit).
- ✓ Photocopie du chèque CCP.
- ✓ Copie de la dernière fiche de paie (Adhérent actif).
- ✓ Attestation de revenu CNR récente avec la mention Cotisation MUTEG (adhérents retraités ou veuves).

⇒ **Cadre réservé à l'Administration**

Date de traitement : .....	N° de bordereau : .....
----------------------------	-------------------------