



DEMANDE DE REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE ET SUPLEMENTAIRE
DE FRAIS DE DENTISTERIE

Imprimé 08

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.
- ✓ Copie de la facture ou du bon de paiement.
- ✓ **Décompte CNAS.**
- ✓ 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 :
----------------------------	-------------------------