



FORMULAIRE 3 : Orthodontie et prothèses dentaires

Année scolaire 2024-2025

Données concernant le membre du personnel

Nom et Prénom du membre du personnel :	
N° de registre national :	
Etat civil :	
Adresse :	N° :
Code postal :	Localité :
TEL :	GSM :
MAIL :	
N° de compte bancaire IBAN : BE ____ _	
Nom et Prénom du titulaire du compte :	
Etablissement :	
Fonction :	
Statut :	
N° de matricule :	
Service qui paie le traitement (mettre une croix dans la case correspondante) :	
<input type="radio"/> Service de fixation et liquidation des traitements (Direction Déconcentrée)	
<input type="radio"/> Service comptable du contentieux	
<input type="radio"/> L'établissement	



Bénéficiaires directs = membres du personnel de l'enseignement en fonction dans un établissement scolaire organisé par Wallonie-Bruxelles Enseignement (WBE)



Données concernant le bénéficiaire de soins

Nom et Prénom du bénéficiaire de soins	Date de pose de l'appareil	Montant pris en charge durant année scolaire en cours	Montant de l'intervention légale de la mutuelle durant année scolaire en cours	Montant de l'intervention complémentaire et extra-légale de la mutuelle Ou autres organismes durant année scolaire en cours

Documents à joindre au formulaire 3

- Facture **et** extrait de compte comme preuve de paiement ;
- Attestation de remboursement de l'assurance mutuelle obligatoire (tarif Inami) et/ou complémentaire OU Attestation de non-intervention de l'assurance mutuelle ;
- Attestation de remboursement dans le cadre d'assurance complémentaire éventuelle de mutuelle (dentalia, dento+, etc) ou d'assurance soins de santé.
- Formulaire 1 et pièces justificatives à ne rentrer qu'une fois par année scolaire, donc si la demande en frais d'orthodontie/prothèses dentaires est la 1^{ère} demande de l'année scolaire.



Rappel de la date limite de rentrée de la demande :

- le 31 janvier 2025 pour les frais engagés du 26/08/2024 au 31/12/2024 ;
- le 30 juin 2025 pour les frais engagés du 01/01/2025 au 15/06/2025;
- le 30 septembre 2025 pour les frais engagés durant l'été, entre le 16/06/2025 et le 24/08/2025.

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Je déclare également sur l'honneur que la demande introduite ce jour ne concerne que les frais restants à ma charge, déduction faite des remboursements de la mutuelle (obligatoire et complémentaire), dans le cadre des accidents de travail et des maladies professionnelles et d'une assurance soins de santé.

Fait à..... Le/...../.....

Signature

A titre d'information

Chiffre M	Montant maximum de l'intervention par bénéficiaire sur 3 ans
A partir de 1.378,21€	0 €
De 1.139,41 € à 1.378,20€	62,50 €
De 1.068,51 € à 1.139,40 €	94,00 €
De 997,61 € à 1068,50 €	125,50 €
De 926,71 € à 997,60 €	156,50 €
De 855,71 € à 926,70 €	188,00 €
De 784,81 € à 855,70 €	250,50 €
De 713,91 € à 784,80 €	313,00 €
De 647,11 € à 713,90 €	376,00 €
De 580,41 € à 647,10 €	438,50 €
De 513,61 € à 580,40 €	501,00 €
De 446,81 € à 513,60 €	564,00 €
De 375,91 € à 446,80 €	626,50 €
Moins de 375,90 €	689,00 €