



FORMULAIRE 4 : Prothèses orthopédiques et oculaires

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 :	
<hr/>	
Etablissement :	
Fonction :	
Statut :	
N° de matricule :	
Service qui paie le traitement (mettre une croix dans la case correspondante) :	
<input type="checkbox"/> Service de fixation et liquidation des traitements (Direction Déconcentrée)	
<input type="checkbox"/> Service comptable du contentieux	
<input type="checkbox"/> 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 l'achat	Coût total des prothèses	Montant total de l'intervention légale de la mutuelle	Montant total de l'intervention complémentaire et extra-légale de la mutuelle Ou autres organismes

Documents à joindre au formulaire 4

- 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 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 lunettes/lentilles/prothèses orthopédiques 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 max de l'intervention
A partir de 1.378,21€	0 €
De 1.139,41 € à 1.378,20€	37,50 €
De 1.068,51 € à 1.139,40 €	56,50 €
De 997,61 € à 1068,50 €	75,00 €
De 926,71 € à 997,60 €	94,00 €
De 855,71 € à 926,70 €	113,00 €
De 784,81 € à 855,70 €	150,50 €
De 713,91 € à 784,80 €	188,00 €
De 647,11 € à 713,90 €	225,50 €
De 580,41 € à 647,10 €	263,00 €
De 513,61 € à 580,40 €	300,50 €
De 446,81 € à 513,60 €	338,50 €
De 375,91 € à 446,80 €	376,00 €
Moins de 375,90 €	413,50 €