



FORMULAIRE 9 : Dépistages

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 des prestations	Coût total des prestations	Montant total de l'intervention légale de la mutuelle

Mutualité & assurance soins de santé

	Membre du personnel	Conjoint/cohabitant
Nom de la mutualité		
Adresse		
N° affiliation		
Avez-vous souscrit à une assurance hospitalisation ?		
Laquelle ?		
Bénéficiez-vous du Maximum à Facturer ? OUI - NON		
Si oui, Montant du plafond ?		
A-t-il été atteint cette année ?		



Documents à joindre au formulaire 9

- Copie de la dernière fiche de salaire du membre du personnel ;
- Une composition de ménage récente (moins de 6 mois) ;
- Copie du jugement attestant de la garde partagée des enfants s'ils ne sont pas repris sur votre composition de ménage ;
- Un seul et unique document de format A4 au bas duquel doit être apposée une mention manuscrite de votre part « Lu et approuvé pour paiement », avec votre signature, et date de cette signature, et reprenant copie :
 - recto-verso de votre carte d'identité,
 - recto-verso de votre carte bancaire sur laquelle figurent clairement vos nom et prénom, ainsi que le code IBAN de votre compte bancaire ;
- Copie de l'attestation de la mutuelle concernant le MAF éventuel ;
- Facture **et** extrait de compte comme preuve de paiement ;
- Attestation de remboursement de la mutuelle (obligatoire) OU attestation de non-intervention de la mutuelle ;

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