



Place de la Reine 51-52  
1030 Bruxelles  
T 02 209 48 11  
F 02 219 01 54  
[www.mutplus.be](http://www.mutplus.be)  
[info@mutplus.be](mailto:info@mutplus.be)

## TRAITEMENT THÉRAPEUTIQUE DE PROBLÈMES URINAIRES

*Afin de pouvoir bénéficier de cette intervention, vous devez remettre ce document, entièrement complété, à votre mutualité.*

### **Vos coordonnées (ou collez ici votre vignette bleue)**

Prénom : .....  
Nom : .....  
Adresse : .....  
NISS : .....

### **Déclaration sur l'honneur**

Je soussigné(e), ....., déclare que la personne susmentionnée a payé ..... € pour le traitement thérapeutique de problèmes urinaires, durant la période du ...../...../..... au ...../...../..... .

Le traitement a été effectué sur présentation de la prescription ci-jointe.

Date : ...../...../.....

Signature :