Place de la Reine 51-52
1030 Bruxelles
T 02 209 48 11
F 02 219 01 54
www.mutplus.be
info@mutplus.be

MALADIE GRAVE - DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

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

Par la présente, je déclare sur l'honneur souffrir de la maladie grave suivante :

☐ Maladie de Crohn/colite ulcéreuse ☐ Mucoviscidose ☐ Psoriasis

Veuillez cocher ce qui s'applique :

☐ Les documents ci-joints sont des achats directement liés à ma maladie.

☐ Le document ci-joint constitue la preuve de mon affiliation à l'association des patients qui représente les intérêts des personnes atteintes de cette maladie.

Psoriasis	50 %	max 150 €
Cotisation psoriasis	100 %	max 150 €
Maladie de Crohn	50 %	max 150 €
Cotisation maladie de Crohn	100 %	max 150 €
Mucoviscidose	50 %	max 150 €
Cotisation mucoviscidose	100 %	max 150 €

Date : ……/……/……..…... Signature :