



Afin de bénéficier du remboursement, vous devez remplir ce formulaire, le transmettre à votre mutualité et être en ordre de cotisations.
Retrouvez les adresses et horaires de nos agences sur www.ml.be ou en scannant le QR-code.
Vous pouvez également l'envoyer par mail à l'adresse ac409@ml.be



Pédicure

Vos données	
Nom et prénom	
Adresse	
Numéro de registre national	
Adresse e-mail	

A remplir par la/le pédicure	
Nom	
Adresse	
Numéro d'entreprise ou cachet	

Date de la prestation	Montant payé	Signature du prestataire
___ / ___ / _____		
___ / ___ / _____		
___ / ___ / _____		
___ / ___ / _____		
___ / ___ / _____		