



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](http://www.ml.be) ou en scannant le QR-code.  
Vous pouvez également l'envoyer par mail à l'adresse [contact414@ml.be](mailto:contact414@ml.be)



## Applications médicales

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

A compléter par le médecin	
Veuillez joindre une preuve de paiement ou une facture à ce formulaire	
Nom du docteur	
Numéro INAMI	
Nom de l'app médicale	

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin :