



Afin de bénéficier de ce remboursement, merci de renvoyer ce document complété à votre mutualité. Vous pouvez aussi l'envoyer par mail à infofr@mutplus.be

Toutes nos adresses sont disponibles sur le site www.mutplus.be ou via notre code QR



Soins dentaires

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

A compléter par le dentiste, le parodontologue ou le stomatologue	
Nom du praticien	
Adresse	
Numéro INAMI	

Traitement pour lequel aucune intervention n'est possible dans le cadre de l'assurance obligatoire:

- Prothèse dentaire Implant Couronne Extraction
- Pivot Facing Inlay et onlay

Le coût de l'intervention s'élève à _____ euros

Je, soussigné, déclare par la présente sur l'honneur qu'une prestation non remboursée par l'INAMI a été exécutée auprès du patient.

Date:

Signature et cachet: