



Afin de bénéficier de ce remboursement, merci de renvoyer ce document complété à votre mutualité.

Retrouvez toutes nos adresses dans notre brochure ou sur [www.mutplus.be](http://www.mutplus.be) ou scannez notre QR code



## Soins dentaires

Complétez vos données ou apposez une vignette bleue

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....  
.....

NISS : .....

E-mail : .....

A compléter par le dentiste, ou le stomatologue

Identification du prestataire (nom/adresse) :

.....  
.....  
.....

Numéro I.N.A.M.I. : .....

Prestations pour lesquelles aucune intervention n'est prévue au sein de l'assurance obligatoire :

- Prothèses dentaires
- Implants dentaires
- Couronnes
- Extraction
- Dent pivot
- Facing
- Inlay et onlay

Le coût de la prestation s'élève à ..... euros

Je, soussigné(e), déclare sur l'honneur avoir fourni une prestation non remboursée par l'I.N.A.M.I. au patient.

Date : ...../...../20.....

Signature :