



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



Consultation chez un diététicien

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

A compléter par le diététicien	
Nom et Prénom du diététicien	
<input type="radio"/> déclare être un diététicien agréé par l'INAMI, avec le n° INAMI : _____	
<input type="radio"/> déclare être un diététicien diplômé, travaillant comme diététicien, sous mon numéro INAMI de médecin : _____	
<input type="radio"/> déclare être un diététicien dans un pays limitrophe de la Belgique et figurer sur la liste mutualiste (www.ml.be)	

La personne susmentionnée a consulté un diététicien aux dates suivantes :

Dates des séances	Montant payé	Date du paiement	Signature et cachet du diététicien
___ / ___ / _____			
___ / ___ / _____			
___ / ___ / _____			
___ / ___ / _____			
___ / ___ / _____			
___ / ___ / _____			

Date: ___ / ___ / _____

Signature ou cachet :