



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



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 :