



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



Orthodontie

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

A remplir par l'orthodontiste
<p>Je soussigné Dr. _____ certifie que le bénéficiaire ci-dessus répond à l'une des conditions suivantes :</p> <p><input type="checkbox"/> a terminé son traitement orthodontique depuis le ____ / ____ / _____</p> <p>OU</p> <p><input type="checkbox"/> a reçu les 18 séances de contention (305616) du ____ / ____ / _____ au ____ / ____ / _____</p>

Date: ____ / ____ / _____

Signature et cachet de l'orthodontiste :