

# DEMANDE D'INTERVENTION MEDICALIA

**Attention** : veuillez consulter les informations au verso avant de compléter ce document.  
Merci de n'utiliser qu'une seule demande d'intervention par prestataire.

## À COMPLÉTER PAR LE PRESTATAIRE

Nom du patient

Prénom du patient

Date de naissance

Numéro de client

Vignette de votre mutualité

### 1. THÉRAPIES ALTERNATIVES (SESSIONS)

Ajouter la facture originale	Nombre de sessions	Date des sessions	Montant payé par session
<input type="checkbox"/> Ostéopathie ou chiropraxie - 8982013			
<input type="checkbox"/> Acupuncture - 8982024			
<input type="checkbox"/> Homéopathie - 8982035			
<input type="checkbox"/> Ergothérapie - 8982046			
<input type="checkbox"/> Psychologie - 8982050			
<input type="checkbox"/> Logopédie - 8982061			
<input type="checkbox"/> Diététique - 8982072			
<input type="checkbox"/> Orthopédagogie - 8982083			
<b>MONTANT TOTAL PAYÉ :</b>			

### 2. SOINS OCULAIRES ET AUDITIFS

Ajouter la facture originale et la prescription	Nombre	Date d'achat ou de traitement	Code INAMI (si nécessaire)	Montant payé
<input type="checkbox"/> Verres correcteurs - 8982094				
<input type="checkbox"/> Lentilles de contact - 8982105				
<input type="checkbox"/> Traitement des yeux au laser - 8982116	////////////////////		////////////////////	
<input type="checkbox"/> Kératotomie - 8982120	////////////////////		////////////////////	
<input type="checkbox"/> Appareil auditif - 8982131				
<b>MONTANT TOTAL PAYÉ:</b>				

Date :

Signature du prestataire

Cachet du prestataire

Numéro d'agrément INAMI (si vous en avez un)

## À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ EN CAS DE FORFAIT DE NAISSANCE

### III. Forfait de naissance - 8982142

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant :

Nom et prénom du titulaire :

