

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	Code INAMI (si nécessaire)	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				
MONTANT TOTAL PAYÉ:				<input type="text"/>

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				
MONTANT TOTAL PAYÉ:				<input type="text"/>

Date :

Signature du prestataire

Cachet du prestataire

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

3. TICKETS MODÉRATEURS- 8982002

Affilier hors A.O. (SNCB, UE,...) ou prestations en tiers payant. Décompte à joindre

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

4. Forfait de naissance - 8982142

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant :

Nom et prénom du titulaire :

