

A COMPLETER PAR LE PRESTATAIRE

Prothèse	Nombre	Code INAMI	Coût	Réservé à HOSPITALIA
DENTAIRE COMPLETE <input type="checkbox"/> supérieure <input type="checkbox"/> inférieure				
PARTIELLE <input type="checkbox"/> dent <input type="checkbox"/> plaque de base <input type="checkbox"/> crochet				
AUTRE <input type="checkbox"/> bridge <input type="checkbox"/> dent à pivot <input type="checkbox"/> couronne <input type="checkbox"/> dent ajoutée à une prothèse <input type="checkbox"/> divers				
OPHTALMOLOGIQUE <input type="checkbox"/> verre de lunette <input type="checkbox"/> lentille de contact Joindre la facture originale				
AUTRE Joindre la prescription médicale et la facture originale				
<input type="checkbox"/> _____				

Date du placement ou de fourniture

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature du prestataire

Cachet du prestataire

N° d'agrément INAMI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A COMPLETER PAR L'ASSURE

Nom et prénom du patient

N° de registre national

Si vous souhaitez que l'intervention soit versée sur un autre compte bancaire que celui qui nous est connu, merci de le communiquer ci-dessous.

Compte financier - code IBAN:

IBAN (*)

B	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

apposer ici une vignette de la mutualité

Certifié sincère et véritable,
Date et signature: