

Demande d'intervention

Chirurgie réfractive par laser (DMG obligatoire)

Identification du bénéficiaire

Collez une vignette
ou remplissez les champs ci-dessous

Matricule : 506/

Registre national :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Documents à fournir à la mutuelle

Afin d'obtenir un remboursement, cette demande d'intervention doit être complétée et vous devez fournir à la mutuelle une attestation du prestataire ayant pratiqué l'intervention.

Retrouvez toutes les conditions de remboursement sur notre site internet
www.omnimut.be

À attester par le médecin

Je soussigné, ophtalmologue, atteste avoir pratiqué une chirurgie réfractive par laser sur la personne précitée ayant pour but de traiter la myopie, l'astigmatisme, la presbytie ou l'hypermétropie (biffer les mentions inutiles),

à l'œil droit

à l'œil gauche

Le montant payé est de €

Date :

Signature du prestataire :

Identification du prestataire