

Demande d'intervention

Traitement orthodontique (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

Ce document, complété par l'orthodontiste, est à présenter à la Mutualité (en vue de son paiement).

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

À compléter par l'orthodontiste agréé

Je soussigné,, atteste qu'un traitement orthodontique pour l'enfant désigné ci-dessus a obtenu l'accord du médecin-conseil en date du : / /

Il s'agit de : (cocher la rubrique adéquate)

un traitement de première intention ayant débuté le / /

(codes 305933/305955)

un traitement régulier. Dates de placement des appareils :

305631/305642 : / /

305675/305686: / /

Date :

Signature du prestataire :

Identification du prestataire