

DEMANDE D'INTERVENTION PROTHÈSES

À COMPLÉTER PAR LE PRESTATAIRE

Identité du patient :

Prothèse	Nombre	Code INAMI	Montant	Réservé à HOSPITALIA
DENTAIRE COMPLETE				
<input type="checkbox"/> Supérieure <input type="checkbox"/> inférieure				
DENTAIRE PARTIELLE				
<input type="checkbox"/> Dent <input type="checkbox"/> Plaque de base <input type="checkbox"/> crochet				
DENTAIRE – 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				
PROTHESES OPHTHALMOLOGIQUE				
<input type="checkbox"/> Verre de lunettes <input type="checkbox"/> lentille de contact <i>Joindre la facture originale</i>				
AUTRE				
<input type="checkbox"/> <i>Joindre la prescription médicale et la facture originale</i>				

Date du placement ou de fourniture

.....

N° d'agrément INAMI

.....

Signature du prestataire

Cachet du prestataire

À REMPLIR PAR L'ASSURÉ

Nom, prénom :

Apposez ici une vignette de la mutualité

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 et de signer.

 Compte financier - code IBAN : | | |

Certifié sincère et véritable,
Date et signature: