

AVANTAGE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

POURSUITE DU TRAITEMENT ORTHODONTIQUE

Coller ici une vignette rose ou compléter :

Bénéficiaire (Nom et Prénom) :

Adresse :

N° d'affiliation : ou N.I.S.S. :

Conditions d'intervention à partir du 1er septembre 2014

Pour avoir droit à l'intervention, le bénéficiaire doit être en règle de cotisations à l'assurance complémentaire et être en possession d'un dossier médical global (DMG).

L'intervention est fixée à 186,00 EUR maximum jusqu'au 31 décembre 2021 et à 525,00 EUR maximum à partir du 1^{er} janvier 2022, sans pour autant dépasser le montant restant à charge du bénéficiaire et ne peut être payée qu'après 12 mois de traitement.

Seuls les statuts déterminent les droits et obligations des membres et ceux de la mutualité.

A compléter par le prestataire de soins

Je soussigné(e),, praticien de l'art dentaire (dentiste généraliste, spécialiste en orthodontie, médecin-spécialiste en stomatologie,...), déclare avoir attesté la prestation 305675 en date du, qu'il y a eu au moins 12 mois de traitement et que celui-ci continue.

Cachet et n° INAMI du prestataire de soins :

Honoraire réclamé pour la prestation 305675 (+ supplément éventuel) : EUR

Date :

Signature :