

## CONDITIONS

Sans accord du médecin-conseil ou pour tout bénéficiaire ne rencontrant pas les conditions d'âge, une intervention unique et maximale de 150,00 € est accordée après 6 mois de traitement. Le remboursement a lieu sur base de la production des justificatifs de l'orthodontiste reconnu par l'INAMI, ou d'un orthodontiste des pays limitrophes (France, Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné.

## À COMPLÉTER PAR L'AFFILIÉ(E)

OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro national : .....

Rue et n° : .....

CP et commune : .....

Tél : .....

E-mail : .....

## À COMPLÉTER PAR L'ORTHODONTISTE

Je soussigné(e) (nom et prénom) : .....  
déclare avoir effectué un traitement orthodontique (non accordé par le médecin-conseil) d'une durée minimale de 6 mois pour le patient - la patiente susnommé(e) :

Date de début du traitement : ...../...../..... Montant perçu : ..... €

Date : ...../...../.....

Signature et cachet de l'orthodontiste :



Pour un traitement plus rapide, renvoyez-nous ce formulaire dûment complété via l'onglet «envoyer un document» de notre guichet en ligne «MyMutualia». Dans ce cas, l'original n'est plus nécessaire.

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (« RGPD »), nous vous informons que nous traitons vos données dans le cadre de notre mission de participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sous la responsabilité de l'UNMN (l'Union nationale des mutualités neutres), responsable du traitement pour les matières fédérales et des SMR des mutualités neutres, responsables de traitement pour les matières régionalisées. Pour tous renseignements complémentaires, nous vous invitons à consulter notre déclaration vie privée ou à nous contacter à [info@mutualia.be](mailto:info@mutualia.be).