



Afin de bénéficier de ce remboursement, merci de renvoyer ce document complété à votre mutualité. Vous pouvez aussi l'envoyer par mail à infofr@mutplus.be

Toutes nos adresses sont disponibles sur le site www.mutplus.be ou via notre code QR



Traitement thérapeutique pour fuites urinaires

Vos données	
Nom et prénom	
Adresse	
Numéro de registre national	
Adresse E-mail	

Déclaration sur l'honneur

Le praticien soussigné confirme qu'un montant de _____ euros a été payé pour l'enfant susmentionné dans le cadre d'un traitement thérapeutique pour fuites urinaires

dans la période du _____ au _____

le traitement ci-dessus a été demandé par la prescription **ci-jointe**.

Date:

Signature et cachet du praticien :