



**Société Mutualiste d'Assurances Neutra**

Rue de Joie 5 à 4000 LIEGE  
Tél : 04 254 54 90 Fax : 04254 54 37  
Email : info@neutrahospi.be  
N° d'entreprise : 0472.020.311



Agent d'assurances reconnu par l'OCM  
sous le n°2005C

**PLAN DE TRAITEMENT ORTHODONTIQUE**

**A REMPLIR PAR L'ASSURE**

Nom : .....

Prénom : .....

ou coller une vignette mutuelle

Numéro national : .....

Adresse : .....

**A REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE**

Date de début du traitement (Pose de l'appareil) : .....

Durée prévisible du traitement : .....

	Montant	Code INAMI
Montant de l'appareillage(s) et code(s) INAMI :	.....	.....
	.....	.....

Autres : .....

Montant par consultation et code INAMI :	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....

Montant total des honoraires (ensemble du traitement) : .....

En cas de dépassement de la durée prévisible, un nouveau plan de traitement sera demandé.

OBSERVATIONS :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Date :

Signature :

Cachet du prestataire :

