



**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

**DENTALIS**  
**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
<b>Montant de l'appareillage(s) et code(s) INAMI :</b>	.....	.....
	.....	.....

Autres : .....

<b>Montant par consultation et code INAMI :</b>	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....

**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 :