ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

OSTÉOPATHIE - CHIROPRAXIE ACUPUNCTURE

DOC ACO 024 VERS 07/2026

Demande de remboursement possible via e-Mut et app mobile



A COMPLÉTER PAR LE BÉNÉFICIAIRE :

Nom et prénom : _____

Veuillez coller la vignette rose du bénéficiaire

Intervention sur les séances d'ostéopathie, de chiropraxie et d'acupuncture, toutes prestations confondues.
Formulaire individuel : ne peut être utilisé pour une autre personne que celle dont la vignette d'identification est apposée ci-dessus. Le remboursement de l'intervention se fera sur le compte connu de nos services pour le bénéficiaire précité, dans le respect des dispositions prévues dans nos statuts disponibles sur www.mslux.be/statuts.

A COMPLÉTER PAR LE PRESTATAIRE :

1 Date : ____ / ____ / ____ Montant : ____ €

Nom du prestataire : _____

Numéro d'agrément : _____

Cachet + signature

2 Date : ____ / ____ / ____ Montant : ____ €

Nom du prestataire : _____

Numéro d'agrément : _____

Cachet + signature

3 Date : ____ / ____ / ____ Montant : ____ €

Nom du prestataire : _____

Numéro d'agrément : _____

Cachet + signature

4 Date : ____ / ____ / ____ Montant : ____ €

Nom du prestataire : _____

Numéro d'agrément : _____

Cachet + signature

Mutualité Socialiste du Luxembourg O.A. 323
Place de la Mutualité, 1 - B-6870 Saint-Hubert - 061 23 11 11 - contact.lux@mutsoc.be
Compte financier : BIC : BBRUBEBB - IBAN : BE36 367-0120308-81
www.mslux.be