



N° d'affiliation :

0 0 7 0 8 5 6 7 7 0 0 0 0 0 0

## Demande de remboursement de frais Ambulatoires AMBUMUT

(à renvoyer à SOLIDARIS BRABANT ASSURANCES, rue du Midi 111 à 1000 Bruxelles)

Nous vous invitons à compléter, pour la personne concernée, le tableau ci-dessous et à joindre les justificatifs. Veuillez utiliser un document par assuré.

Nom de l'assuré(e) : ..... Numéro d'affiliation : .....

### Thérapies alternatives

	Nombre de factures ou notes d'honoraires
<input type="checkbox"/> Psychothérapie	
<input type="checkbox"/> Diététicien	
<input type="checkbox"/> Logopédie	
<input type="checkbox"/> Ostéopathie, chiropraxie	
Joindre la facture ou note d'honoraires originale	

### Correction/ amélioration de la vue

	Nombre de factures ou notes d'honoraires
<input type="checkbox"/> Verres correcteurs	
<input type="checkbox"/> Lentilles de contact	
<input type="checkbox"/> Lentilles intra-oculaires	
<input type="checkbox"/> Traitement au laser et kératotomie	
Joindre la prescription de l'ophtalmologue et la facture originale	

### Correction/ amélioration de l'audition

	Nombre de factures
<input type="checkbox"/> Appareils auditifs	
Joindre la prescription de l'oto-rhino-laryngologue et la facture originale	

### Forfait de naissance

Nom et prénom de l'enfant : ..... Date de naissance : .. / .. / ....  
 Joindre l'attestation de naissance

Je certifie que mes déclarations sont sincères et exactes,

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

Signature :