

## Remboursement diététique

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° registre national : \_\_\_\_\_

Rue, N° (Bte) : \_\_\_\_\_

Code Postal et localité : \_\_\_\_\_

N° fixe ou GSM : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Appelez une vignette d'identification  
ou  
complétez les infos ci-contre.

### ***A compléter par le (la) diététicien(ne) diplômé(e) ou un nutritionniste***

Je soussigné(e) (nom et prénom), \_\_\_\_\_, certifie sur l'honneur que  
(nom et prénom de la/du patient(e)) \_\_\_\_\_ présente (cochez la case adéquate) :

- un indice de masse corporel supérieur ou égal à 25 pour les adultes  
 un percentile supérieur ou égal à 85 pour les enfants  
 des troubles alimentaires (anorexie)

et qu'il (elle) a été personnellement suivi(e) dans le cadre d'un traitement aux dates renseignées ci-dessous. Je certifie également sur l'honneur avoir perçu pour les séances, les montants suivants :

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_, \_\_\_ €

*Séance 1*

*Signature et cachet du diététicien ou nutritionniste*

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_, \_\_\_ €

*Séance 2*

*Signature et cachet du diététicien ou nutritionniste*

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_, \_\_\_ €

*Séance 3*

*Signature et cachet du diététicien ou nutritionniste*

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_, \_\_\_ €

*Séance 4*

*Signature et cachet du diététicien ou nutritionniste*

Suite en page 2



Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_, \_\_\_ €

*Séance 5*

*Signature et cachet du diététicien ou nutritionniste*

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_, \_\_\_ €

*Séance 6*

*Signature et cachet du diététicien ou nutritionniste*

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_, \_\_\_ €

*Séance 7*

*Signature et cachet du diététicien ou nutritionniste*

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_, \_\_\_ €

*Séance 8*

*Signature et cachet du diététicien ou nutritionniste*

Intervention en vigueur à partir du 01/01/2019 (conditions statutaires).

Le montant de l'intervention en faveur des bénéficiaires dans le coût d'un traitement de l'anorexie, d'une surcharge pondérale ou d'une obésité auprès d'un diététicien diplômé ou d'un nutritionniste est de :

- 12,50 € maximum par séance de suivi diététique avec un plafond de 8 séances par année civile et par bénéficiaire.

Les interventions dans le coût du traitement de l'anorexie, de l'obésité ou de la surcharge pondérale sont octroyées sur base d'un certificat médical établi par un médecin justifiant le traitement ainsi que sur base de justificatifs reprenant les honoraires perçus par le diététicien.

En cas d'obésité ou de surcharge pondérale, le certificat médical devra mentionner un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 25 pour les adultes à partir de 18 ans ou un percentile supérieur ou égal à 85 pour les enfants de moins de 18 ans.

*Cadre réservé à la mutualité*

Code prestation	Libellé	Code prestation	Libellé
809185	Visite diététique	809174	Certificat diététique

