

## Pédicurie

### Justificatif médical

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 médecin**

Je soussigné(e), (nom et prénom), \_\_\_\_\_, docteur en médecine, certifie que l'état de santé de la personne précitée nécessite des soins de pédicurie médicale.

Cette attestation est valable à partir du \_\_\_\_\_.

Date de signature :

Cachet et signature du médecin :

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

Une indemnité maximale de 5 € par séance, auprès d'un(e) praticien(ne) agréé(e), avec un maximum de quatre remboursements par année, de date à date, est accordée aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge.

Pour les bénéficiaires de moins de 65 ans, les interventions sont octroyées sur base d'un certificat médical couvrant 12 mois de traitement, établi par un médecin.

Pour bénéficier de cette intervention, il faut être en règle de cotisations à La Complémentaire.

*Cadre réservé à la mutualité*

Code prestation	Libellé	Code prestation	Libellé	Code prestation	Libellé
803014	Pédicurie -65 ans	803025	Pédicurie 65 ans et +	803003	Certificat pédicurie

