

Remboursement pédicurie

Nom : _____

Prénom : _____

N° registre national : _____

Rue, N° (Bte) : _____

Code Postal et localité : _____

N° fixe ou GSM : _____

Email : _____

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

A compléter par le prestataire

Je soussigné(e), prestataire (nom et prénom), _____, certifie sur l'honneur avoir donné des soins personnels à (nom et prénom du/de la patient(e)) _____ et avoir perçu pour les soins les montants renseignés ci-dessous : pour le traitement suivant (cocher la/les case(s)) :

Date : ___ / ___ / ___ Montant : _____ €

Date : ___ / ___ / ___ Montant : _____ €

1

Signature et cachet du prestataire

2

Signature et cachet du prestataire

Date : ___ / ___ / ___ Montant : _____ €

Date : ___ / ___ / ___ Montant : _____ €

3

Signature et cachet du prestataire

4

Signature et cachet du prestataire

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
803014	Visite pédicurie	803003	Certificat pédicurie