

## Remboursement psychomotricité

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) psychomotricien(ne)*

Je soussigné(e) (nom et prénom), \_\_\_\_\_, certifie sur l'honneur que (nom et prénom de la/du patient(e)) \_\_\_\_\_ a personnellement suivi des séances de psychomotricité aux dates renseignée ci-dessous.

Je certifie également sur l'honneur avoir perçu pour ces séances les montants suivants :

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

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

*Séance 1*

*Signature et cachet du psychomotricien*

*Séance 2*

*Signature et cachet du psychomotricien*

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

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

*Séance 3*

*Signature et cachet du psychomotricien*

*Séance 4*

*Signature et cachet du psychomotricien*

Suite en page 2



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

*Séance 5*

*Signature et cachet du psychomotricien*

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

*Séance 6*

*Signature et cachet du psychomotricien*

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

*Séance 7*

*Signature et cachet du psychomotricien*

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

*Séance 8*

*Signature et cachet du psychomotricien*

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

*Séance 9*

*Signature et cachet du psychomotricien*

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

*Séance 10*

*Signature et cachet du psychomotricien*

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

Le service accorde aux bénéficiaires de moins de 6 ans une intervention de 12 € par séance de psychomotricité avec un plafond de 120 € sur base du présent document complété ainsi que de la prescription médicale d'un médecin spécialiste en pédiatrie.

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
802034	Séance psychomotricité	802023	Certificat psychomotricité

