

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

