

PSYCHOLOGIE - SEXOLOGIE / SEANCES SUPPLEMENTAIRES

COORDONNEES DU CLIENT (écrire en majuscules ou coller une vignette d'identification)

N° d'affiliation : _____
 Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____
 CP et Localité : _____

Apposer ici une vignette de la mutualité

Pour bénéficier de ces séances supplémentaires, il faut être atteint d'une des pathologies mentionnées dans l'annexe 2 des statuts de l'assurance complémentaire.

A REMPLIR PAR LE/LA PSYCHOLOGUE

Nom et prénom du/de la psychologue _____

certifie que l'affilié(e) dont les coordonnées sont reprises ci-dessus a bénéficié de séances de psychologie.

Date de la prestation	Montant payé	Cachet et signature du/de la psychologue
/ /	, €	
/ /	, €	
/ /	, €	

A REMPLIR PAR LE/LA SEXOLOGUE

Nom et prénom du/de la sexologue _____

certifie que l'affilié(e) dont les coordonnées sont reprises ci-dessus a bénéficié de séances de sexologie.

Date de la prestation	Montant payé	Cachet et signature du/de la sexologue
/ /	, €	
/ /	, €	
/ /	, €	

Pour bénéficier de cet avantage, il faut être inscrit(e) et en règle de cotisations aux Avantages Partenamut. Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire à la date de la prestation. Les conditions actuelles d'intervention pour cet avantage sont consultables sur notre site via le lien <https://www.partenamut.be/fr/remboursements-avantages/psychologie> ou en scannant le QR-code.

