

**COORDONNEES DU BENEFICIAIRE** (écrire en majuscule ou coller une vignette d'identification)

N° de registre national:

N° d'affiliation:

Nom:

Prénom:

Rue:

Code Postal:

Localité:

**apposer ici une vignette de la mutualité**

**A COMPLETER PAR LE PRESTATAIRE:**

Détail des séances: *Veillez cocher la case correspondante*

- Acupuncture  
  Chiropraxie  
  Homéopathie  
  Shockwave therapy  
  Mésothérapie  
  Sophrologie

Date de la prestation	Montant payé	Cachet et signature du prestataire
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	

**Acupuncture - Mésothérapie - Homéopathie** : séances attestées par un docteur en médecine  
**Chiropraxie** : séances attestées par un prestataire membre de l'Union Belge des Chiropracteurs  
**Ostéopathie** : l'intervention ne peut être octroyée que sur base de l'attestation du modèle officiel délivré par l'ostéopathe  
**Sophrologie** : les prestations de sophrologie doivent être prodiguées par un prestataire ayant suivi une formation certifiée par l'Association Européenne de Sophrologie

L'intervention est octroyée à tout bénéficiaire, à raison de maximum 10 €par séance et de 10 séances par année civile.  
 Pour bénéficier de l'intervention, l'affilié(e) doit être en règle de cotisations aux avantages Partenamut.  
 Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2020.

