

PSYCHOLOGIE / SEXOLOGIE

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

A REMPLIR PAR LE/LA PRESTATAIRE

Nom et prénom du/de la prestataire _____

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

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

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.

