

GUIDANCE ALZHEIMER POUR AIDANT PROCHE

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 PSYCHOLOGUE

Je soussigné(e),
psychologue ayant suivi la formation dispensée par la S.R.L. LyAge, déclare avoir réalisé une consultation à :
..... (Nom et Prénom du bénéficiaire)

en date du / /

d'un montant de : , €

Date

/ /

Signature du psychologue

Cachet du psychologue

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/maladies-lourdes-ou-chroniques/guidance-alzheimer-aidant-proche> ou en scannant le QR-code.

