

SEMELLES PODOLOGIQUES

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 PODOLOGUE

Je soussigné(e) (Nom du / de la podologue),

Numéro INAMI :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

déclare

avoir fourni (*) en date du

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

- ☐ une semelle podologique
☐ une paire de semelles podologiques

(*) Cochez la case correspondante

montant payé

--	--	--

 ,

--	--

 €

Signature du / de la podologue

Cachet du / de la podologue

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 fourniture. Les conditions actuelles d'intervention pour cet avantage sont consultables sur notre site via le lien <https://www.partenamut.be/fr/remboursements-avantages/materiel-medical/semelles-orthopediques-podologiques> ou en scannant le QR-code.

