

PEDICURE - PODOLOGIE

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 pédicure.

Date de la prestation	Montant payé	Cachet et signature du/de la prestataire
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/> €	
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/> €	
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/> €	
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/> €	
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/> €	
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/> €	
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/> €	

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/pedicurie> ou en scannant le QR-code.

