part&namut
Cultivons votre santé

Avantages Partenamut
Demande d'intervention

PSYCHOMOTRICITE

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 COMPLETER PAR LE/LA PRESTATAIRE

Je soussigné(e), psychomotricien(ne) diplômé(e) et reconnu(e) par l'Union Professionnelle Belge des Psychomotriciens Francophones (UPBPF), certifie avoir assuré le suivi psychomoteur de :

Nom et prénom du bénéficiaire : ----------

Nom et prénom du/de la psychomotricien(ne) : ----------

Adresse : ----------

Prescrit ou demandé par : (joindre une copie de la prescription)

Nom et prénom du prescripteur : ----------

Les séances doivent être prescrites par un médecin généraliste, un pédiatre, un pédopsychiatre, un neuro-pédiatre, ou demandées par un psychologue de centre PMS, de santé mentale ou de planning familial.

Détail des séances individuelles ou collectives *(biffer les cases inutilisées)*

Date de la prestation	Montant payé		Date de la prestation	Montant payé
__ __ / __ __ / __ __ __ __	__ __ __ , __ __ €		__ __ / __ __ / __ __ __ __	__ __ __ , __ __ €
__ __ / __ __ / __ __ __ __	__ __ __ , __ __ €		__ __ / __ __ / __ __ __ __	__ __ __ , __ __ €
__ __ / __ __ / __ __ __ __	__ __ __ , __ __ €		__ __ / __ __ / __ __ __ __	__ __ __ , __ __ €
__ __ / __ __ / __ __ __ __	__ __ __ , __ __ €		__ __ / __ __ / __ __ __ __	__ __ __ , __ __ €
__ __ / __ __ / __ __ __ __	__ __ __ , __ __ €		__ __ / __ __ / __ __ __ __	__ __ __ , __ __ €
__ __ / __ __ / __ __ __ __	__ __ __ , __ __ €		__ __ / __ __ / __ __ __ __	__ __ __ , __ __ €

Signature du/de la prestataire

Cachet du/de la prestataire

Le bénéficiaire doit être âgé de moins de 18 ans à la date de la prestation pour laquelle une intervention est demandée.
Le bénéficaire doit avoir suivi au moins un cycle complet de 8 séances.
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/psychomotricite ou en scannant le QR-code.

Partenamut - N° entreprise 0411.815.280 (loi du 06 août 1990) - Boulevard Louis Mettewie 74/76 - 1080 Bruxelles

A509GT1091000000000000000000000000A