part&namut
Cultivons votre santé

Avantages Partenamut
Demande d'intervention

THERAPIE DU SOMMEIL

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 DISPENSATEUR

Je soussigné(e) (nom, prénom du dispensateur),

Numéro INAMI : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Déclare que la pérsonne dont les coordonnées sont reprises ci-dessus

☐ a suivi un traitement pour la thérapie du sommeil

☐ a bénéficié de location ou achat de matériel (CPAP)

Pour un montant total de : _____ euros (joindre obligatoirement les factures)

Date de la polysomnographie : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Signature du dispensateur	*Cachet du dispensateur*

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 ou en scannant le QR-code.

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

A509GT1121000000000000000000000000A