Ce document n'est pas nécessaire pour les transports dans le cadre des chimio, radiumthérapie ou de la dialyse

part&namut
Cultivons votre santé

Avantages Partenamut - Justificatif médical
FRAIS DE TRANSPORT

COORDONNEES DU CLIENT (écrire en majuscule ou coller une vignette d'identification) :

N° d'affiliation:

Nom:

Prénom:

Rue:

Code Postal: Localité:

apposer ici une vignette de la mutualité

A COMPLETER PAR LE PRESTATAIRE

Je soussigné(e) (nom, prénom): _____

certifie que l'affilié(e) dont les coordonnées sont reprises ci-dessus,

a nécessité, pour des raisons médicales, de l'aide dans ses déplacements, afin d'effectuer un examen/traitement médical.

Le _____ / _____/ _____ Destination _____

Le _____ / _____/ _____ Destination _____

Le _____ / _____/ _____ Destination _____

Le _____ / _____/ _____ Destination _____

Le _____ / _____/ _____ Destination _____

Date: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Cachet du prestataire

Signature du prestataire

Pour bénéficier de l'intervention, l'affilié(e) doit etre en règle de cotisations aux avantages Partenamut

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables en 2022.

Partenamut - N° entreprise 0411.815.280 (loi du 6 août 1990)

A509GT07310000000000000000000000A

Partenamut - Boulevard Louis Mettewie 74/76 - 1080 Bruxelles
02-44 44 111 - www.partenamut.be