part&namut
Cultivons votre santé

Avantages Partenamut
Demande d'intervention

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.

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

A509GT1181000000000000000000000000A