

**CONSULTATION DIETETIQUE**

**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 DIETETICIEN(NE) OU LE MEDECIN NUTRITIONNISTE**

Nom et prénom du/de la patient(e) .....

IMC/percentile en début de la prise en charge  ,

Date de la prestation	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"/>	

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/dietetique> ou en scannant le QR-code.

