

**PEDICURE - PODOLOGIE**

**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 PRESTATAIRE**

Nom et prénom du/de la prestataire .....

certifie que l'affilié(e) dont les coordonnées sont reprises ci-dessus a bénéficié de séances de pédicure.

Date de la prestation	Montant payé	Cachet et signature du/de la prestataire
□□ / □□ / □□□□□□	□□□□, □□ €	
□□ / □□ / □□□□□□	□□□□, □□ €	
□□ / □□ / □□□□□□	□□□□, □□ €	
□□ / □□ / □□□□□□	□□□□, □□ €	
□□ / □□ / □□□□□□	□□□□, □□ €	
□□ / □□ / □□□□□□	□□□□, □□ €	
□□ / □□ / □□□□□□	□□□□, □□ €	
□□ / □□ / □□□□□□	□□□□, □□ €	

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/pedicurie> ou en scannant le QR-code.

