

PSYCHOMOTRICITE

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 COMPLETER PAR LE/LA PRESTATAIRE

Je soussigné(e), psychomotricien(ne) diplômé(e) et reconnu(e) par l'Union Professionnelle Belge des Psychomotriciens Francophones (UPBPF), certifie avoir assuré le suivi psychomoteur de :

Nom et prénom du bénéficiaire :
 Nom et prénom du/de la psychomotricien(ne) :
 Adresse :

Prescrit ou demandé par : (joindre une copie de la prescription)
 Nom et prénom du prescripteur :

Les séances doivent être prescrites par un médecin généraliste, un pédiatre, un pédopsychiatre, un neuro-pédiatre, ou demandées par un psychologue de centre PMS, de santé mentale ou de planning familial.

Détail des séances individuelles ou collectives (biffer les cases inutilisées)

Date de la prestation	Montant payé	Date de la prestation	Montant payé
□□ / □□ / □□□□	□□□□, □□ €	□□ / □□ / □□□□	□□□□, □□ €
□□ / □□ / □□□□	□□□□, □□ €	□□ / □□ / □□□□	□□□□, □□ €
□□ / □□ / □□□□	□□□□, □□ €	□□ / □□ / □□□□	□□□□, □□ €
□□ / □□ / □□□□	□□□□, □□ €	□□ / □□ / □□□□	□□□□, □□ €
□□ / □□ / □□□□	□□□□, □□ €	□□ / □□ / □□□□	□□□□, □□ €
□□ / □□ / □□□□	□□□□, □□ €	□□ / □□ / □□□□	□□□□, □□ €

Signature du/de la prestataire

Cachet du/de la prestataire

Le bénéficiaire doit être âgé de moins de 18 ans à la date de la prestation pour laquelle une intervention est demandée.
 Le bénéficiaire doit avoir suivi au moins un cycle complet de 8 séances.
 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/psychomotricite> ou en scannant le QR-code.

