part&namut
Cultivons votre santé

Avantages Partenamut
Demande d'intervention

GUIDANCE ALZHEIMER POUR AIDANT PROCHE

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 PSYCHOLOGUE

Je soussigné(e), ----------

psychologue ayant suivi la formation dispensée par la S.R.L. LyAge, déclare avoir réalisé une consultation à :

---------- (Nom et Prénom du bénéficiaire)

en date du ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐,

d'un montant de : ☐☐☐ , ☐☐ €

Date

☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Signature du psychologue

Cachet du psychologue

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/maladies-lourdes-ou-chroniques/guidance-alzheimer-aidant-proche ou en scannant le QR-code.

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

A509ST00310000000000000000000000000A