

À COMPLÉTER ET RENVOYER À :

Mutualia, Mutualité Neutre
Place Verte, 41
4800 - Verviers

À PARTIR DU 01/01/2015

Le service accorde une intervention de 10 € par visite ou consultation et pour un montant maximum, toutes disciplines confondues, de 70 € par an et par bénéficiaire pour des prestataires de certaines pratiques non conventionnelles, à savoir : l'homéopathie, l'anthroposophie, la chiropraxie, l'ostéopathie, l'acupuncture, la mésothérapie, la kinésiologie, la sophrologie et l'hippothérapie pour les patients atteints d'autisme ou d'un handicap moteur. **Attention** : le praticien doit être agréé par les Mutualités Neutres.

À COMPLÉTER PAR L'AFFILIÉ(E) OU APPOSEZ UNE VIGNETTE D'IDENTIFICATION

N° registre national : - -
N° d'inscription :
Nom :
Prénom :
Numéro de téléphone : /
Rue :
Code postal : Localité :

OU APPOSEZ VOTRE
VIGNETTE ICI

N° : Bte :

À COMPLÉTER PAR LE PRESTATAIRE

Je soussigné(e), prestataire (nom et prénom), déclare avoir donné des soins au (à la) patient(e), dont les coordonnées sont reprises ci-dessus, aux dates suivantes :

Date :/...../..... Montant : Discipline* :

1.
SIGNATURE ET CACHET DU PRESTATAIRE

Date :/...../..... Montant : Discipline* :

2.
SIGNATURE ET CACHET DU PRESTATAIRE

Date :/...../..... Montant : Discipline* :

3.
SIGNATURE ET CACHET DU PRESTATAIRE

Date :/...../..... Montant : Discipline* :

4.
SIGNATURE ET CACHET DU PRESTATAIRE

Date :/...../..... Montant : Discipline* :

5.
SIGNATURE ET CACHET DU PRESTATAIRE

Date :/...../..... Montant : Discipline* :

6.
SIGNATURE ET CACHET DU PRESTATAIRE

Date :/...../..... Montant : Discipline* :

7.
SIGNATURE ET CACHET DU PRESTATAIRE

* Discipline : **A** : Acupuncture **M** : Mésothérapie
C : Chiropraxie **O** : Ostéopathie
H : Homéopathie **S** : Sophrologie
HI : Hippothérapie **AN** : Anthroposophie
K : Kinésiologie