

Demande d'intervention

Thérapies alternatives

Identification du bénéficiaire

Collez une vignette
ou remplissez les champs ci-dessous

Matricule : 506/

Registre national :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Documents à fournir à la mutuelle

Pour être valable, ce document doit être dûment complété et signé par le dispensateur en mentionnant la date et la qualification du dispensateur du soin.

Retrouvez toutes les conditions de remboursement sur notre site internet www.omnimut.be

À compléter par le dispensateur

Je soussigné atteste avoir pratiqué ce jour une consultation/séance de :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chiropractie | <input type="checkbox"/> Hypnose |
| <input type="checkbox"/> Acupuncture | <input type="checkbox"/> Hippothérapie |
| <input type="checkbox"/> Homéopathie | <input type="checkbox"/> Mindfulness |
| <input type="checkbox"/> Thérapie manuelle | <input type="checkbox"/> Mindmapping |
| <input type="checkbox"/> Sophrologie | <input type="checkbox"/> Posturologie/posturopodie |
| <input type="checkbox"/> Thérapie par ondes de choc | |

Après de la personne précitée, pour montant de €

Date :

Signature du dispensateur :

Cachet du dispensateur