

**COORDONNEES DU CLIENT** (écrire en majuscule ou coller une vignette d'identification)

N° d'affiliation:

Nom:

Prénom:

Rue:

Code Postal:

Localité:

apposer ici une vignette de la mutualité

**A COMPLETER PAR LE PSYCHOLOGUE**

Nom et prénom du bénéficiaire: \_\_\_\_\_

Nom et prénom du (de la)  
psychologue: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Détail des séances

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

Le prestataire des séances doit être titulaire d'un diplôme de licencié ou de master en psychologie ou être un psychothérapeute reconnu avant 2016 et détenteur d'un certificat européen.

L'intervention est octroyée conformément aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à la (aux) date(s) des séances.

Ces conditions statutaires sont consultables sur notre site internet [www.partenamut.be](http://www.partenamut.be).

