

- * Une intervention de €25,00 sera octroyée par année civile pour un bilan chez un(e) diététicien(ne) ou un(e) nutritionniste.
- ** Une intervention de € 12,50 par séance (maximum 6 séances par année civile) est octroyée dans le coût du traitement diététique auprès d'un(e) diététicien(ne) diplômé(e), un médecin nutritionniste ou pour le suivi effectué par l'association "Weight Watchers".

CONDITIONS

Présenter un justificatif reprenant les honoraires perçus par le (la) diététicien(ne), le médecin nutritionniste ou par l'association "Weight Watchers".

Ⓞ Intervention octroyée uniquement sur base des statuts en vigueur au moment de la prestation.

A COMPLETER PAR L’AFFILIE(E) OU APOSEZ UNE VIGNETTE D’IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénom : _____ Numéro national : * _____ - _____ - _____ * Rue et n° : _____ Code postal et commune : _____ N° de téléphone : _____ / _____ Adresse e-mail : _____ @ _____	OU APOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI
--	---------------------------------

A COMPLETER PAR LE/LA DIETETICIEN(NE) DIPLOME(E) OU LE/LA NUTRITIONNISTE

Je soussigné(e) _____, déclare avoir suivi le/la patient(e) susnommé(e) dans le cadre d'un traitement :

- d'anorexie d'obésité ou de surcharge pondérale
 - Bilan réalisé le : ___ / ___ / ___ *
 - Séances de suivi **
- | | |
|----------------------|------------------------------|
| Le ___ / ___ / _____ | Montant perçu : _____, ___ € |
| Le ___ / ___ / _____ | Montant perçu : _____, ___ € |
| Le ___ / ___ / _____ | Montant perçu : _____, ___ € |
| Le ___ / ___ / _____ | Montant perçu : _____, ___ € |
| Le ___ / ___ / _____ | Montant perçu : _____, ___ € |
| Le ___ / ___ / _____ | Montant perçu : _____, ___ € |

Cachet et signature du praticien : _____ Date : ___ / ___ / _____

Pour un traitement plus rapide, renvoyez-nous ce formulaire dûment complété via l'onglet « **envoyer un formulaire** » de votre guichet en ligne « **MySymbio** ». Dans ce cas, l'original n'est plus nécessaire.

