

Une intervention de €10,00 est octroyée par visite ou consultation, et pour un maximum de €70,00 par an, toutes disciplines confondues et par bénéficiaire pour des prestataires des pratiques non conventionnelles.

CONDITIONS

- ✓ remettre un reçu du prestataire de soins mentionnant l'honoraire payé et la date de prestation ;
- ✓ le praticien doit être agréé par les Mutualités Neutres.

Disciplines (*) :

- | | | |
|----------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| A = acupuncture | K = kinésiologie | O = ostéopathie |
| AN = anthroposophie | M = mésothérapie | R = réflexologie |
| C = chiropraxie | MK = micro-kinésithérapie | S = sophrologie |
| H = homéopathie | N = naturopathie | HP = hippothérapie |
- (pour les patients atteints d'autisme ou d'un handicap moteur).

Ⓞ 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 MEDECIN

Je soussigné(e) _____, prestataire, déclare avoir donné des soins au/à la patient(e) susnommé(e) aux dates suivantes :

<u>Discipline(*)</u>	<u>Date</u>	<u>Montant</u>	<u>Cachet et signature du médecin</u>
_____	___ / ___ / _____	_____,__ €	_____
_____	___ / ___ / _____	_____,__ €	_____
_____	___ / ___ / _____	_____,__ €	_____
_____	___ / ___ / _____	_____,__ €	_____
_____	___ / ___ / _____	_____,__ €	_____
_____	___ / ___ / _____	_____,__ €	_____
_____	___ / ___ / _____	_____,__ €	_____



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.