part&namut
Cultivons votre santé

Avantages Partenamut
Demande d'intervention

CONSULTATION DIETETIQUE

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

N° d'affiliation : ----------

Nom : ----------

Prénom : ----------

Adresse : ----------

CP et Localité : ----------

Apposer ici une vignette de la mutualité

A REMPLIR PAR LE/LA DIETETICIEN(NE) OU LE MEDECIN NUTRITIONNISTE

Nom et prénom du/de la patient(e) ----------

IMC/percentile en début de la prise en charge ☐☐☐ , ☐☐

Date de la prestation	Montant payé	Cachet et signature du/de la prestataire
☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐	☐☐☐ , ☐☐ €	
☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐	☐☐☐ , ☐☐ €	
☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐	☐☐☐ , ☐☐ €	
☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐	☐☐☐ , ☐☐ €	

Pour bénéficier de cet avantage, il faut être inscrit(e) et en règle de cotisations aux Avantages Partenamut.
Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire à la date de la prestation.
Les conditions actuelles d'intervention pour cet avantage sont consultables sur notre site via le lien https://www.partenamut.be/fr/remboursements-avantages/dietetique ou en scannant le QR-code.

Partenamut - N° entreprise 0411.815.280 (loi du 06 août 1990) - Boulevard Louis Mettewie 74/76 - 1080 Bruxelles

A509GT0551000000000000000000000000A