

Avantages complémentaires : Médecines Alternatives

Le service accorde une intervention de 10,00 € par visite ou consultation et pour un montant maximum, toutes disciplines confondues, de 50,00 € par an et par bénéficiaire pour des prestataires de certaines pratiques non conventionnelles, à savoir : l'homéopathie ; l'anthroposophie, la chiropraxie, l'ostéopathie, l'acupuncture, l'hippothérapie pour les patients atteints d'autisme ou d'un handicap moteur.

Le praticien doit être agréé par les Mutualités Neutres.

Il faut être en règle de cotisations.

A compléter par l'affilié(e) ou apposez une vignette d'identification

N° registre national :

N° d'inscription :

Nom : _____

Prénom : _____

Rue : _____ N° : _____ Bte : _____

Code Postal : _____ Localité : _____ N° fixe ou GSM : _____



A compléter par le prestataire

Je soussigné(e), prestataire (nom et prénom), _____, déclare avoir donné des soins au (à la) patient(e), dont les coordonnées sont reprises ci-dessus, aux dates suivantes :

Date : ___ / ___ / ___ Montant : ___, __

Date : ___ / ___ / ___ Montant : ___, __

Discipline (*) : _____ 1°

Discipline (*) : _____ 2°

Signature et cachet du prestataire

Signature et cachet du prestataire

Date : ___ / ___ / ___ Montant : ___, __

Date : ___ / ___ / ___ Montant : ___, __

Discipline (*) : _____ 3°

Discipline (*) : _____ 4°

Signature et cachet du prestataire

Signature et cachet du prestataire

Date : ___ / ___ / ___ Montant : ___, __

Discipline (*) : _____ 5°

Signature et cachet du prestataire

Discipline (*)

A : Acupuncture

AN : Anthroposophie

C : Chiropraxie

H : Homéopathie

HI : Hippothérapie

O : Ostéopathie