



## Mutualité Neutre de la Santé

Rue de Chestret 4-6 - 4000 LIEGE  
Service Tarification  
Tél. LIEGE : 04/254.54.85 - Fax. : 04/254.54.39  
E-mail : coordination@mut226.be Web : www.mut226.be

**Votre liberté, votre sécurité !**

### **COMPLÉTER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE**

Nom et prénom : .....

N° d'inscription ou n° national : .....

Adresse : .....

## AVANTAGE ASSURANCE GRANDE COMPLEMENTAIRE

### Service psychomotricité

Sur base d'un reçu établi par le psychomotricien ou le praticien paramédical prestataire de l'activité reconnu par l'INAMI, une intervention de **12€ par séance et pour un maximum de 120€ par période de 12 mois** est octroyée aux enfants de moins de 14 ans pour des séances de psychomotricité.

#### **A compléter par le service organisateur ou le (la) prestataire de soins.**

Le/la soussigné(e) .....

Déclare avoir suivi le patient - la patiente – dans le cadre d'un traitement de psychomotricité et avoir pratiqué :

des séances :

- |     |                 |                    |
|-----|-----------------|--------------------|
| 1.  | le (date) ..... | Montant payé ..... |
| 2.  | le (date) ..... | Montant payé ..... |
| 3.  | le (date) ..... | Montant payé ..... |
| 4.  | le (date) ..... | Montant payé ..... |
| 5.  | le (date) ..... | Montant payé ..... |
| 6.  | le (date) ..... | Montant payé ..... |
| 7.  | le (date) ..... | Montant payé ..... |
| 8.  | le (date) ..... | Montant payé ..... |
| 9.  | le (date) ..... | Montant payé ..... |
| 10. | le (date) ..... | Montant payé ..... |

Cachet du praticien :

Date :

Signature :