

CONDITIONS

Une intervention de 5,00 € par séance est accordée pour tout traitement de logopédie prescrit par un médecin agréé par l'INAMI ou par un médecin spécialiste agréé par l'INAMI en cas de dysphasie, si un accord n'a pas été délivré, soit par le Collège des MédecinsDirecteurs de l'I.N.A.M.I., soit par le MédecinConseil. Le total des interventions est limité à 375,00 € par année civile et par bénéficiaire.

À COMPLÉTER PAR L'AFFILIÉ(E)

OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Numéro national : .....  
 Rue et n° : .....  
 CP et commune : .....  
 Tél. : .....  
 E-mail : .....

À COMPLÉTER PAR LE LOGOPÈDE

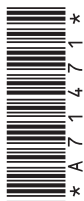
Je soussigné(e) (nom et prénom) : .....

déclare avoir suivi le patient - la patiente susnommé(e) dans le cadre de séances de logopédie pour lesquelles aucune intervention n'est possible dans le cadre de l'assurance obligatoire :

- |   |  |
|---|--|
| 1. le ..... / ..... / ..... Montant perçu : ..... € | 9. le ..... / ..... / ..... Montant perçu : ..... €  |
| 2. le ..... / ..... / ..... Montant perçu : ..... € | 10. le ..... / ..... / ..... Montant perçu : ..... € |
| 3. le ..... / ..... / ..... Montant perçu : ..... € | 11. le ..... / ..... / ..... Montant perçu : ..... € |
| 4. le ..... / ..... / ..... Montant perçu : ..... € | 12. le ..... / ..... / ..... Montant perçu : ..... € |
| 5. le ..... / ..... / ..... Montant perçu : ..... € | 13. le ..... / ..... / ..... Montant perçu : ..... € |
| 6. le ..... / ..... / ..... Montant perçu : ..... € | 14. le ..... / ..... / ..... Montant perçu : ..... € |
| 7. le ..... / ..... / ..... Montant perçu : ..... € | 15. le ..... / ..... / ..... Montant perçu : ..... € |
| 8. le ..... / ..... / ..... Montant perçu : ..... € | 16. le ..... / ..... / ..... Montant perçu : ..... € |

Date : ..... / ..... / .....

Signature et cachet du logopède :



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

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (« RGPD »), nous vous informons que nous traitons vos données dans le cadre de notre mission de participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sous la responsabilité de l'UNMN (l'Union nationale des mutualités neutres), responsable du traitement pour les matières fédérales et des SMR des mutualités neutres, responsables de traitement pour les matières régionalisées. Pour tous renseignements complémentaires, nous vous invitons à consulter notre déclaration vie privée ou à nous contacter à info@mutualia.be.