

SERVICE DIÉTÉTIQUE

<p>Nom et prénom :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>N° d'inscription ou n° national :</p> <p>.....</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Ou</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 10px auto; padding: 10px;"> <p>Apposez ici la vignette verte de la mutualité</p> </div>
---	--

Sur base d'une prescription médicale circonstanciée, une intervention dans le coût du traitement **de l'obésité** auprès d'un(e) diététicien(ne) diplômé(e) (ou nutritionniste) est accordée à tous les bénéficiaires (membres effectifs et leurs personnes à charge). Le montant de l'intervention maximale **par année civile** est fixé à **25 €** pour le bilan diététique et **12,50 €** par séance du suivi diététique avec un maximum de six séances.

Remarque : être en ordre de cotisation au service complémentaire

A compléter par le (la) diététicien(ne) diplômé(e) (ou nutritionniste)

Le/la soussigné(e)
.....

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

un bilan diététique le Montant payé :

des séances de suivi diététique :

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 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..... |

Date : Cachet du (de la) diététicien(ne) ou nutritionniste diplômé(e)

Signature :