

SERVICE PSYCHOLOGIE

<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, une intervention dans le coût du traitement psychologique auprès d'un(e) licencié(e) en psychologie 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 20 € pour le bilan psychologique et 10 € par séance du suivi psychologique avec un maximum de 6 séances.

Date de début de traitement à préciser lorsque celui-ci a été entamé lors d'une année civile antérieure.

Remarque : être en ordre de cotisation au service complémentaire

A compléter par le (la) licencié(e) en psychologie

Le/la soussigné(e)

.....

Déclare avoir suivi le patient – la patiente – cité(e) ci-dessus dans le cadre d'un traitement psychologique et avoir pratiqué :

un bilan psychologique le Montant payé :

des séances de suivi psychologique :

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 de début de traitement :

Date : Cachet du (de la) licencié(e) en psychologie :

Signature :