

The logo for rml b, consisting of the lowercase letters 'rml b' in a blue sans-serif font.

AVANTAGES COMPLÉMENTAIRES DES MUTUELLES

Pour la Région de Bruxelles-Capitale
Mise à jour : mars 2017

Ce dossier est destiné aux professionnels de la santé, afin de leur permettre de conseiller et informer les patients. Il reprend une série d'avantages proposés par les mutuelles à leurs affiliés, dans le cadre de l'assurance complémentaire et pouvant être utiles aux personnes malades chroniques. Il se compose d'une synthèse des différents avantages et de leurs conditions d'octroi, ainsi que des formulaires à renvoyer aux mutuelles.

HELPDESK

02 375 12 97

info.rml@famgb.be

www.rmlb.be



TABLEAU RÉCAPITULATIF

	135 Chrétienne St-Michel	206 Symbio	306 Socialiste du Brabant	403 Libérale du Brabant	509 Libre Partenamut	526 Libre Partena
<u>Activité physique</u>	X	X	X	X	X	X
<u>Dépistage MCV</u>		X			X	X
<u>Diététique</u>	X	X	X	X	X	X
<u>Matériel diabète</u>		X		X	X	X
<u>Optique</u>	X	X	X	X	X	X
<u>Sevrage tabagique</u>		X	X	X	X	
<u>Soins dentaires</u>	X	X	X	X		
<u>Soins des pieds</u>		X	X	X	X	X
<u>Soutien psychol.</u>	X	X	X	X	X	X
<u>Vaccination</u>	X	X	X	X	X	X

DONNÉES ADMINISTRATIVES

Mutuelles	Cotisation par mois & par titulaire	Adresse postale	Téléphone (centrale)	Site internet
135 Mutualité Chrétienne St-Michel	10,50 €	Bld Anspach 111-115 1000 BRUXELLES	02/501.58.58 0800 10 9 8 7	www.mc.be
206 Symbio	10,25 €	Avenue de Tervuren 68-70 1040 BRUXELLES	02/733.97.40	www.symbio.be
306 Mutualité Socialiste du Brabant	6,00 €	Rue du Midi 111 1000 BRUXELLES	02/506.96.11	www.fmsb.be
403 Mutualité Libérale du Brabant	6,60 €	Place de la Reine 51-52 1030 BRUXELLES	02/209.48.11	www.mutualiteliberale.be
509 Mutualité Libre Partenamut*	9,99 €	Bld Louis Mettwie 74-76 1080 BRUXELLES	02/444.41.11	www.partenamut.be
526 Mutualité Libre Partena	8 €	Bld Anspach 1 boîte 6 1000 BRUXELLES	02/218.22.22	www.partena- ziekenfonds.be
602 CAAMI	0 €	Rue du Trône 30B 1000 BRUXELLES	02/229.34.80	www.caami.be

Depuis le 1^{er} janvier 2017, les mutualités Libre Partenamut et Securex ont fusionné.





ACTIVITÉ PHYSIQUE

Mutuelles	Intervention	Conditions
135 Mutualité Chrétienne St-Michel	Frais d'inscription dans un club, une association sportive ou un stage sportif : 35€/an	Formulaire
206 Symbio	Affiliation club sportif : 40€/an	Formulaire OU attestation du club
306 Mutualité Socialiste du Brabant	Affiliation club sportif ou de fitness : 45€/an	Formulaire + preuve de paiement
403 Mutualité Libérale du Brabant	Club sportif, fitness, initiation au jogging : 25€/an	Formulaire Fitness: min 10 séances ou 3 mois
509 Mutualité Libre Partenamut	Affiliation club sportif ou fitness : 50€/an	Formulaire OU copie carte de membre + attestation du club + preuve de paiement
526 Mutualité Libre Partena	Club sportif : 25€/an Fitness : 20% sur l'abonnement dans un centre partenaire (nouveau membre du centre) Participation à un évènement sportif : 25€/an	Formulaire OU attestation du club Fitness: réduction immédiate

602 CAAMI	Institution publique – Assurance maladie-invalidité obligatoire uniquement (pas d'assurance complémentaire)
900 SNCB Holding	Statutaires du Groupe SNCB, pensionnés et les personnes à leur charge Pour plus d'information: 02/525.35.57

Ce document est destiné à l'usage des professionnels de la santé afin de leur permettre de conseiller et d'informer les patients. Les formulaires à transmettre aux mutualités sont disponibles auprès de celles-ci ou à la fin de ce dossier.

Si vous souhaitez en savoir plus sur les avantages décrits, contactez la mutualité ou le Helpdesk du RML-B :





DÉPISTAGE DES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

Mutuelles	Intervention	Conditions
135 Mutualité Chrétienne St-Michel	/	/
206 Symbio	<i>Soins préventifs</i> : max 25€/an	Formulaire
306 Mutualité Socialiste du Brabant	/	/
403 Mutualité Libérale du Brabant	/	/
509 Mutualité Libre Partenamut	<i>Examen préventif</i> : 50€ Max 10€/consultation et 5 consultations/an	Formulaire
526 Mutualité Libre Partena	<i>Examen préventif</i> : 30€ Max 10€/consultation et 3 consultations/an	Formulaire

602 CAAMI	Institution publique – Assurance maladie-invalidité obligatoire uniquement (pas d'assurance complémentaire)
900 SNCB Holding	Statutaires du Groupe SNCB, pensionnés et les personnes à leur charge Pour plus d'information: 02/525.35.57

Ce document est destiné à l'usage des professionnels de la santé afin de leur permettre de conseiller et d'informer les patients. Les formulaires à transmettre aux mutualités sont disponibles auprès de celles-ci ou à la fin de ce dossier.

Si vous souhaitez en savoir plus sur les avantages décrits, contactez la mutualité ou le Helpdesk du RML-B :





DIÉTÉTIQUE

Mutuelles	Intervention	Conditions
135 Mutualité Chrétienne St-Michel	Diététique: 50€ Max 10€/séance et 5 séances/an	Formulaire
206 Symbio	Diététique: 75€ Max 12,50€/séance et 6 séances/an + Bilan diététique: 25€/an	Formulaire OU justificatif mentionnant l'honoraire perçu
306 Mutualité Socialiste du Brabant	Diététique: 60€ Max 10€/séance et 6 séances/an	Formulaire + prescription médicale Suivre au moins 6 séances
403 Mutualité Libérale du Brabant	Avis alimentation et diététique: 60€ Max 10€/séance et 6 séances/an	Formulaire
509 Mutualité Libre Partenamut	Diététique: 40€ Max 10€/séance et 4 séances/an Si maladies chroniques: 120€ Max 10€/séance et 12 séances/an	Formulaire OU justificatif mentionnant l'honoraire perçu + prescription médicale si maladie chronique
526 Mutualité Libre Partena	Diététique: 40€ Max 10€/séance et 4 séances/2 ans Si maladies chroniques: 120€ Max 10€/séance et 12 séances/2 ans	Formulaire + prescription médicale si maladie chronique Suivre au moins 4 séances

602 CAAMI	Institution publique – Assurance maladie-invalidité obligatoire uniquement (pas d'assurance complémentaire)
900 SNCB Holding	Statutaires du Groupe SNCB, pensionnés et les personnes à leur charge Pour plus d'information: 02/525.35.57

Ce document est destiné à l'usage des professionnels de la santé afin de leur permettre de conseiller et d'informer les patients. Les formulaires à transmettre aux mutualités sont disponibles auprès de celles-ci ou à la fin de ce dossier.

Si vous souhaitez en savoir plus sur les avantages décrits, contactez la mutualité ou le Helpdesk du RML-B :





MATÉRIEL ET AUTRES AVANTAGES POUR LE DIABÈTE

Mutuelles	Intervention	Conditions
135 Mutualité Chrétienne St-Michel	/	/
206 Symbio	Matériel: 100 tigettes/an, 1 glucomètre/3 ans Podologie: 10€/séance max 2 séances/an Onychoplastie, orthonyxie et orthoplastie : 10€/an Diététique: 10€/an (patient sous ADO)	Facture + certificat médical
306 Mutualité Socialiste du Brabant	/	/
403 Mutualité Libérale du Brabant	Matériel: 50% du prix d'achat Glucomètre, tigettes, lancettes et aiguilles Association Belge du Diabète: 100% de la cotisation Au total, intervention de max 150€/an	Formulaire + preuve de paiement + certificat médical
509 Mutualité Libre Partenamut	Educateur en diabétologie: max 20€/consultation et 60€/an Matériel: max 50% du prix d'achat, 160€/an Tigettes, lancettes et aiguilles Glucomètre gratuit auprès de la Boutique Santé Association Belge du Diabète: 30€/an	Uniq « pré-trajet diabète t2 » Formulaire pour l'éducateur en diabétologie Facture d'achats OU preuve de paiement
526 Mutualité Libre Partena	Educateur en diabétologie: 30€ pour la 1 ^{ère} consultation Ophthalmologie: remboursement ticket modérateur 1x/ an Matériel: 30 % auprès de la boutique Santé	Formulaires Réduction immédiate via le site de la boutique Santé
602 CAAMI	Institution publique – Assurance maladie-invalidité obligatoire uniquement (pas d'assurance complémentaire)	
900 SNCB Holding	Statutaires du Groupe SNCB, pensionnés et les personnes à leur charge Pour plus d'information: 02/525.35.57	

Ce document est destiné à l'usage des professionnels de la santé afin de leur permettre de conseiller et d'informer les patients. Les formulaires à transmettre aux mutualités sont disponibles auprès de celles-ci ou à la fin de ce dossier.

Si vous souhaitez en savoir plus sur les avantages décrits, contactez la mutualité ou le Helpdesk du RML-B :





OPTIQUE

Mutuelles	Intervention	Conditions
135 Mutualité Chrétienne St-Michel	Lunettes et lentilles: 25€/10 ans	Prescription médicale + preuve d'achat
206 Symbio	Fourniture optique: 100€/4 ans Montures ou fourniture sans prescription : 25€/4 ans	Prescription médicale + facture détaillée (avec dioptrie)
306 Mutualité Socialiste du Brabant	Lunettes et lentilles: 60€/10 ans Lunettes: 15% réduction chez les opticiens partenaires	Facture
403 Mutualité Libérale du Brabant	Montures, verres et lentilles: 75€/an	Formulaire OU prescription médicale + preuve d'achat
509 Mutualité Libre Partenamut	Montures, verres et lentilles: 50€/2 ans 15% réduction chez les opticiens partenaires	Formulaire OU facture + prescription médicale Opticiens partenaires: liste dispo- nible auprès de la mutuelle
526 Mutualité Libre Partena	Lunettes et lentilles: 50€/an 15% réduction chez les opticiens partenaires	Formulaire Opticiens partenaires: liste dispo- nible auprès de la mutuelle

602 CAAMI	Institution publique – Assurance maladie-invalidité obligatoire uniquement (pas d'assurance complémentaire)
900 SNCB Holding	Statutaires du Groupe SNCB, pensionnés et les personnes à leur charge Pour plus d'information: 02/525.35.57

Ce document est destiné à l'usage des professionnels de la santé afin de leur permettre de conseiller et d'informer les patients. Les formulaires à transmettre aux mutualités sont disponibles auprès de celles-ci ou à la fin de ce dossier.

Si vous souhaitez en savoir plus sur les avantages décrits, contactez la mutualité ou le Helpdesk du RML-B :





SEVRAGE TABAGIQUE

Mutuelles	Intervention	Conditions
135 Mutualité Chrétienne St-Michel	/	/
206 Symbio	Médicaments (patches compris): 20€/traitement et max 3 fois/affilié	Attestation BVAC du pharmacien
306 Mutualité Socialiste du Brabant	Traitement thérapeutique reconnu: 50€ (intervention unique)	Attestation BVAC du pharmacien
403 Mutualité Libérale du Brabant	Produits aidant à l'arrêt: 50€ OU cours de sevrage (méthode Allen Carr): 100€/séance Dans les 2 cas: intervention unique	Produits: attestation BVAC du pharmacien Cours: formulaire disponible auprès de la mutuelle
509 Mutualité Libre Partenamut	Médicaments et substituts nicotiniques: 50€/an	Formulaire OU attestation BVAC du pharmacien
526 Mutualité Libre Partena	/	/

602 CAAMI	Institution publique – Assurance maladie-invalidité obligatoire uniquement (pas d'assurance complémentaire)
900 SNCB Holding	Statutaires du Groupe SNCB, pensionnés et les personnes à leur charge Pour plus d'information: 02/525.35.57

Ce document est destiné à l'usage des professionnels de la santé afin de leur permettre de conseiller et d'informer les patients. Les formulaires à transmettre aux mutualités sont disponibles auprès de celles-ci ou à la fin de ce dossier.

Si vous souhaitez en savoir plus sur les avantages décrits, contactez la mutualité ou le Helpdesk du RML-B :





SOINS DENTAIRES

Mutuelles	Intervention	Conditions
135 Mutualité Chrétienne St-Michel	Prothèses ou implants dentaires: 175€/7 ans	Formulaire
206 Symbio	Prothèses, implants, couronnes, pivots, bridges: 15% des frais s'ils sont >250€ et max 500€/2 ans	Formulaire
306 Mutualité Socialiste du Brabant	Prothèses ou implants dentaires: 175€/7 ans Soins préventifs: remboursement du ticket modérateur (1 fois/an)	Avoir un DMG Prothèse et bridge: formulaire Prévention: attestation de soins
403 Mutualité Libérale du Brabant	Examen buccal annuel: remboursement du ticket modérateur (1 fois/an) Extractions, blanchiment, couronnes, bridges, etc.: 20% du montant et max 50€/an	Examen buccal: attestation de soins Soins dentaires: formulaire
509 Mutualité Libre Partenamut	/ (uniquement dans le cadre de Dentalia Plus)	/
526 Mutualité Libre Partena	/ (uniquement dans le cadre de Dentalia Plus)	/

602 CAAMI	Institution publique – Assurance maladie-invalidité obligatoire uniquement (pas d'assurance complémentaire)
900 SNCB Holding	Statutaires du Groupe SNCB, pensionnés et les personnes à leur charge Pour plus d'information: 02/525.35.57

Ce document est destiné à l'usage des professionnels de la santé afin de leur permettre de conseiller et d'informer les patients. Les [formulaires](#) à transmettre aux mutualités sont disponibles auprès de celles-ci ou à la fin de ce dossier.

Si vous souhaitez en savoir plus sur les avantages décrits, contactez la mutualité ou le Helpdesk du RML-B :





SOINS DES PIEDS

Mutuelles	Intervention	Conditions
135 Mutualité Chrétienne St-Michel	/	/
206 Symbio	Pédicurie: 25€ Max 5€/séance/mois et 5 séances/an Semelles podologiques: 50€/2 ans Consultation chez podurologue: 10€/an	Reçu du prestataire Semelles: justificatif du podologue (honoraires perçus) + attestation médicale
306 Mutualité Socialiste du Brabant	Pédicurie: 6,50€/séance ET/OU podologie: 9,50€/séance Au total, max 6 séances/an	Uniq. via "Soins à Domicile Bruxelles" ou les "Centres Médicaux César de Paeppe" Formulaire + attestation médicale si <60 ans
403 Mutualité Libérale du Brabant	Pédicurie: 15€ Max 2,5€/séance et 6 séances/an	Uniq si >60 ans ou patient diabétique de t1 Formulaire + facture du prestataire + attestation médicale certifiant le diabète t1
509 Mutualité Libre Partenamut	Pédicurie OU podologie: 30€ Max 5€/séance et 6 séances/an	Formulaire OU reçu du prestataire + attestation médicale si <65 ans (sauf si « pré-trajet diabète t2 »)
526 Mutualité Libre Partena	Pédicurie: 30€ Max 5€/séance et 6 séances/an Semelles podologiques: 50€/an	Formulaire + attestation médicale si <65 ans Formulaire rempli par le podologue
602 CAAMI	Institution publique – Assurance maladie-invalidité obligatoire uniquement (pas d'assurance complémentaire)	
900 SNCB Holding	Statutaires du Groupe SNCB, pensionnés et les personnes à leur charge Pour plus d'information: 02/525.35.57	

Ce document est destiné à l'usage des professionnels de la santé afin de leur permettre de conseiller et d'informer les patients. Les formulaires à transmettre aux mutualités sont disponibles auprès de celles-ci ou à la fin de ce dossier.

Si vous souhaitez en savoir plus sur les avantages décrits, contactez la mutualité ou le Helpdesk du RML-B :





SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Mutuelles	Intervention	Conditions
135 Mutualité Chrétienne St-Michel	Psychothérapie: 180€ Max 15€/séance et 12 séances/an	Formulaire Prestataire reconnu par la mutualité
206 Symbio	Soutien psychologique: 60€ Max 10€/séance et 6 séances/an + Bilan psychologique: 20€/an	Formulaire OU justificatif mentionnant l'honoraire perçu
306 Mutualité Socialiste du Brabant	Psychothérapie: 160€ Max 20€/séance et 8 séances/an	Formulaire Psychologue licencié et enregistré auprès de la Commission des Psys
403 Mutualité Libérale du Brabant	Psychologie ou psychothérapie: 10€/séance et max 60€/an Cours de méditation pleine: 60% du prix et max 60€/an Avantages cumulables mais max 120€/an	Formulaire (disponible en agence) + doit être envoyé par un médecin ou centre de soins santé mentale Psychologue licencié et enregistré auprès de la Commission des Psys
509 Mutualité Libre Partenamut	Psychologie: 120€ Max 15€/séance et 8 séances/an Si maladies chroniques (diabète exclu): 180€ Max 15€/séance et 12 séances/an	Formulaire OU note d'honoraires + prescription médicale si maladie chronique
526 Mutualité Libre Partena	Psychothérapie: 120€ Max 20€/séance et 6 séances/an Si maladies chroniques: 240€ Max 20€/séance et 12 séances/an	Formulaire + prescription médicale si maladie chronique

602 CAAMI	Institution publique – Assurance maladie-invalidité obligatoire uniquement (pas d'assurance complémentaire)
900 SNCB Holding	Statutaires du Groupe SNCB, pensionnés et les personnes à leur charge Pour plus d'information: 02/525.35.57

Ce document est destiné à l'usage des professionnels de la santé afin de leur permettre de conseiller et d'informer les patients. Les [formulaires](#) à transmettre aux mutualités sont disponibles auprès de celles-ci ou à la fin de ce dossier.

Si vous souhaitez en savoir plus sur les avantages décrits, contactez la mutualité ou le Helpdesk du RML-B :





VACCINATION

Mutuelles	Intervention	Conditions
135 Mutualité Chrétienne St-Michel	Vaccins et désensibilisants: 25€/an	Attestation BVAC du pharmacien
206 Symbio	Vaccins: 35€/an Immunothérapie allergénique: 60% des frais de traitement durant 3 ans	Facture Formulaire + attestation BVAC du pharmacien
306 Mutualité Socialiste du Brabant	Vaccins: 25€/an	Attestation BVAC du pharmacien
403 Mutualité Libérale du Brabant	Vaccins reconnus en Belgique: 15€/an	Attestation BVAC du pharmacien
509 Mutualité Libre Partenamut	Vaccins: max 25€/an Désensibilisants: max 75€/an durant 3 années consécutives et 1 fois uniquement 5€/médicament antihistaminique allopathique (non-homéopathique) max 25€/an	Formulaire + attestation BVAC du pharmacien
526 Mutualité Libre Partena	Vaccins: max 80% du prix d'achat et 25€/an Désensibilisants: max 80% du prix d'achat et 50€/an durant 3 années consécutives et 1 fois uniquement Les 2 interventions sont cumulables	Formulaire + attestation BVAC du pharmacien

602 CAAMI	Institution publique – Assurance maladie-invalidité obligatoire uniquement (pas d'assurance complémentaire)
900 SNCB Holding	Statutaires du Groupe SNCB, pensionnés et les personnes à leur charge Pour plus d'information: 02/525.35.57

Ce document est destiné à l'usage des professionnels de la santé afin de leur permettre de conseiller et d'informer les patients. Les formulaires à transmettre aux mutualités sont disponibles auprès de celles-ci ou à la fin de ce dossier.

Si vous souhaitez en savoir plus sur les avantages décrits, contactez la mutualité ou le Helpdesk du RML-B :





LES FORMULAIRES

Les documents repris dans la seconde partie de ce dossier sont les formulaires devant être complétés puis envoyés aux mutuelles afin de bénéficier de certains avantages.

Ils sont classés ci-après par type d'avantage :

- Activité physique**
- Dépistage des maladies cardio-vasculaires**
- Diététique**
- Matériel et autres avantages pour le diabète**
- Optique**
- Sevrage tabagique**
- Soins dentaires**
- Soins des pieds**
- Soutien psychologique**
- Vaccination**



Avantage sport

Demande d'intervention

Données personnelles

Nom : Prénom :

Rue : Numéro : Boîte : Index :

Code Postal : Localité : Pays :

Tél. : Adresse e-mail :

Numéro de RN :

Compte bancaire pour le remboursement de cet avantage

Numéro de compte IBAN :

Code BIC (si compte à l'étranger) :

Ouvert au nom de

Coordonnées du club, association sportive

Nom :

Adresse :

Téléphone :

A compléter par le responsable

Nom et fonction du responsable :

Certifie sur l'honneur que l'affilié(e) mentionné(e) ci-dessus a payé la somme de euros pour son inscription, affiliation ou abonnement.

Période du __/__/__ au __/__/__ .

Activité sportive pratiquée par l'affilié(e) :

Date : - -

Cachet de l'organisation et signature du responsable :

Conditions d'intervention :

- Le cumul de cette intervention avec l'avantage « Séjours scolaires » est possible mais ne peut, en aucun cas, dépasser 35 EUR par an par personne.
- Le cumul avec l'avantage Jeunesse & Santé « Camps et plaines » est possible.

Conditions

- Une intervention de maximum € 40 par an pour l'affiliation à un club sportif quel que soit l'âge.
- Pour tout sport à la séance, le remboursement s'effectue pour autant qu'il y ait un minimum de 10 séances sous accompagnement.
- Il doit s'agir de l'un des sports suivants: l'athlétisme, le badminton, le base-ball, le basket, le bowling, la danse (en ce compris le ballet), la plongée, le sport de combat, l'haltérophilie, le golf, la gymnastique, le handball, le hockey, la balle-pelote, le canoë, le kayak, le jeu de quilles, l'escalade, le 'korfball', le vélo tout-terrain, la marche d'orientation, l'équitation, la pétanque, l'aviron, le rugby, le patinage, l'escrime, le ski, le squash, le tennis, le tennis de table, le triathlon, le football, le volley, la marche, le cyclisme, le yoga, la natation (ainsi que les bébés nageurs), le tir à l'arc, le tir à la carabine, le kin-ball, les sports pour moins valides et de façon plus générale, les sports olympiques et ceux reconnus par le C.I.O.
- Il doit s'agir d'une affiliation auprès d'un centre de fitness reconnu par une des fédérations officielles (abonnement de minimum 10 séances); ou auprès d'une organisation reconnue en matière d'organisation de programmes d'initiation au jogging ou d'initiation à la course.

A compléter par l'organisation

Nom de l'organisation :

Adresse de l'organisation :

.....

Nom du responsable :

Nom du participant :

Affiliation club sportif

ou

Abonnement 10 séances (avec accompagnement)

Montant payé : EUR Date de paiement :

					2					0			
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--

Période de :

					2					0			
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--

 à

					2					0			
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--

Nom de la discipline :

Date :

					2					0			
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--

Cachet et signature de l'organisation :

Veuillez apposer une vignette de Symbio



AVANTAGE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE CLUB DE SPORT OU FITNESS

Bénéficiaire :	
Adresse :	
N° d'affiliation :	N.I.S.S. :

Conditions d'intervention

Pour avoir droit à l'intervention, l'affilié doit être en règle de cotisations à l'assurance complémentaire.

Une intervention de 45,00 EUR (depuis le 1er janvier 2014 et par année civile) est accordée dans le coût d'une ou plusieurs affiliations auprès d'un club de sport ou d'un centre de fitness, sans pour autant dépasser le montant payé par le bénéficiaire.

Seuls les statuts déterminent les droits et obligations des membres et ceux de la mutualité.

A compléter par le secrétaire ou le président du club

Je soussigné(e)
certifie par la présente que (nom et prénom) :
date de naissance :
adresse :
est membre dans notre club (nom du club) :
pour l'année :
sport pratiqué :
Le montant de la cotisation annuelle s'élève à EUR.
Lorsqu'il s'agit d'un abonnement, veuillez indiquer le genre :
<input type="checkbox"/> abonnement familial* <input type="checkbox"/> abonnement individuel
Date, signature du secrétaire ou du président et cachet du club.
.....

Veillez joindre la preuve de paiement (extrait bancaire ou preuve de paiement). La mutualité se réserve le droit de vérifier si les données sont correctes.

* Un abonnement familial est un abonnement qui peut être utilisé par toute la famille et pour lequel une seule cotisation a été payée.

ATTESTATION SPORT ET FITNESS

Collez votre vignette ici

A faire compléter par le responsable du centre de fitness ou du club de sportif

Je, soussigné(e),.....déclare que (nom du membre)..... né(e) le exerce activement un sport dans un cadre non professionnel, qu'aucune forme de remboursement n'est payée pour l'exercice du sport susmentionné et que la personne susmentionnée(*) :

- est affiliée à notre club sportif pour l'année sportive..... pour le sport.....
- a payé des frais d'inscriptions pour un cours de sport pour le sport dans le club sportif et a suivi au moins 10 séances de cette même branche sportive en une année civile
- a acheté un abonnement fitness d'au moins 10 séances
- a acheté un abonnement fitness d'au moins 3 mois (successifs ou non) pour la période (**)
.....
- participe à une initiation au jogging (joindre une copie du diplôme obtenu)
- participe à un cours « bébé nageur

La somme de € a été payée en date du / /

Nom, adresse et cachet du club sportif ou du centre de fitness :

.....
.....
.....

Date : / /

Signature du/de la responsable

* Cochez la case appropriée

** Mois ou période à spécifier



COORDONNEES DU CLIENT (écrire en majuscule ou coller une vignette d'identification)

N° de registre national: _____

N° d'affiliation: _____

Nom: _____

Prénom: _____

Rue: _____

Code Postal: _____ Localité: _____

apposer ici une vignette de la mutualité

A COMPLETER PAR LE CLUB SPORTIF/SALLE FITNESS

La direction du club sportif/salle de fitness _____
 affilié à la Fédération/Ligue _____

certifie que la personne dont les coordonnées reprises ci-dessus
 est affiliée du _____ au _____

Sport pratiqué: _____

Montant

La somme de € a été perçue le

Cachet du club sportif/salle de fitness

Date:

Signature du responsable du club

L'intervention est limitée, par année civile, à 50€ par bénéficiaire sur présentation d'une preuve de paiement jointe au présent document (si la zone "Montant" n'a pas été complétée entièrement).

Pour bénéficier de l'intervention, l'affilié(e) DOIT OBLIGATOIREMENT ETRE AFFILIE CHEZ PARTENAMUT A LA DATE DE PAIEMENT DE SA COTISATION AU CLUB SPORTIF / SALLE DE FITNESS et être en règle de cotisations aux avantages Partenamut.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2017.

Partenamut - N° entreprise 0411.815.280 (loi du 6 août 1990)



intervention cotisation à un club sportif



Prenez une photo de ce document dûment complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena (disponible sous iOS et Android) et envoyez-la-nous.

Ou déposez le document dûment complété en agence. Vous pouvez aussi l'adresser à :

Mutualité Partena, Sluisweg 2 bte 1 - 9000 Gent

Davantage d'informations: www.partena-mutualite.be

La Mutualité Partena

accorde une intervention annuelle de 25 euros pour l'inscription dans un club sportif.

Qui peut en bénéficier?

Tout affilié en règle de cotisations mutualistes.

Que faire pour en bénéficier?

- Collez une vignette de la personne inscrite auprès du club sportif.
- Faites compléter et estampiller le document par le club concerné.
- Prenez une photo de ce document dûment complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena et envoyez-la-nous.
Ou renvoyez le document dûment complété à l'adresse mentionnée ci-dessus, ou encore remettez-le à votre agence locale.

Coordonnées du client ou vignette

Vignette

A compléter par le club sportif

Nom du club :

Nom de l'affilié(e) :

Période :

Discipline :

Montant perçu :

Cachet du club sportif

Code de nomenclature : **874031**



intervention participation à des événements sportifs



Prenez une photo de ce document dûment complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena (disponible sous iOS et Android) et envoyez-la-nous.
Ou déposez le document dûment complété en agence. Vous pouvez aussi l'adresser à :
Mutualité Partena, Sluisweg 2 bte 1 - 9000 Gent
Davantage d'informations: www.partena-mutualite.be

La Mutualité Libre Partena

accorde une intervention de 25 euros par année calendrier sur les frais d'inscription à un événement sportif ou à une compétition sportive.

Qui peut en bénéficier ?

- Toute personne payant régulièrement les cotisations mutualistes.
- L'événement sportif est organisé par une structure professionnelle.

Que faire pour en bénéficier ?

- Collez une vignette d'identification à l'endroit prévu sur le document.
- Faites compléter et signer ce document par l'organisateur de l'événement sportif.
- Prenez une photo de ce document complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena et transmettez-la. Ou renvoyez le document dûment complété à l'adresse mentionnée ci-dessus, ou encore, remettez-le à votre agence locale.

Coordonnées du client ou vignette

--

A compléter par l'organisateur

Nom de l'événement sportif :

Montant payé :

Date de l'événement sportif :

Signature et coordonnées de l'organisateur :

Code de nomenclature : **874053**



GT06111D0000000129451400



BILAN SANTÉ
DEMANDE D'INTERVENTION
POUR LES EXAMENS DE DEPISTAGE*

A compléter par l'affilié(e) :

- Nom :
- Prénom :
- Numéro national :
- Téléphone :
- E-mail :

Veillez apposer une vignette de Symbio

A compléter par le médecin :

Je soussigné(e), docteur en médecine,

déclare avoir pratiqué le / / l'examen de dépistage suivant :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> cancer du sein | <input type="checkbox"/> cancer de la prostate | <input type="checkbox"/> cancer colorectal |
| <input type="checkbox"/> ostéoporose | <input type="checkbox"/> diabète de type II | <input type="checkbox"/> maladies cardiovasculaires |

Montant réclamé : EUR

Code(s) nomenclature de la (des) prestation(s) :

Date : / /

Signature du médecin :

Cachet :

Une intervention de **maximum € 25 par année civile, toutes maladies confondues (cancer du sein, cancer de la prostate, cancer colorectal, ostéoporose, diabète de type II et maladies cardiovasculaires), est accordée dans la quote-part à charge du patient pour les honoraires réclamés dans le cadre des examens de dépistage.*

COORDONNEES DU CLIENT (écrire en majuscule ou coller une vignette d'identification)

N° de registre national:

N° d'affiliation:

Nom:

Prénom:

Rue:

Code Postal:

Localité:

apposer ici une vignette de la mutualité

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Je soussigné, docteur en médecine déclare

avoir effectué en date du un examen préventif de dépistage

- du cancer
- des maladies cardio-vasculaires
- des allergies
- d'ostéoporose
- du diabète
- du bilan auditif
- de la surdité du nouveau-né
- des affections respiratoires
- des affections des yeux (bilan ophtalmologique)

Date

Signature du médecin

Cachet du médecin

L'intervention s'élève à 10€/examen ou dépistage. - Plafond annuel: 50 € (5 fois par année civile)

Pour y avoir droit, il faut être inscrit(e) et en règle de cotisations aux avantages Partenamut.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2017.

intervention examens préventifs



Prenez une photo de ce document dûment complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena (disponible sous iOS et Android) et envoyez-la-nous.
Ou déposez le document dûment complété en agence. Vous pouvez aussi l'adresser à :
Mutualité Partena, Sluisweg 2 bte 1 - 9000 Gent
Davantage d'informations: www.partena-mutualite.be

La Mutualité Partena

accorde une intervention de 10 euros par examen de dépistage des allergies, des maladies cardiovasculaires, des affections des voies respiratoires, du cancer, du diabète et/ou de l'ostéoporose, et ce jusqu'à concurrence de 3 consultations et/ou examens par an. L'examen doit être effectué u avoir été prescrit par un médecin.

Que faire pour en bénéficier?

- Faites compléter et viser le document par le médecin traitant.
- Prenez une photo de ce document dûment complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena et envoyez-la-nous.
Ou renvoyez le document dûment complété à l'adresse mentionnée ci-dessus, ou encore remettez-le à votre agence locale.

Coordonnées du client ou vignette

--

A compléter par le médecin traitant

J'atteste, par la présente, avoir effectué auprès de :

Nom : Prénom :

en date du :

un examen préventif pour le dépistage :

- du diabète
- du cancer
- des maladies cardiovasculaires
- de l'ostéoporose
- des allergies
- des affections des voies respiratoires

Signature ou cachet du médecin traitant

Codes de nomenclature : ostéoporose : **809406** ; cancer : **809410** ; respiratoire : **809432** ; cardiovasculaire : **809454** ; diabète : **809465** ; allergie : **809476**



GT07611D000000129452000

Diététique

Demande d'intervention

Données personnelles

Nom : Prénom :

Rue : Numéro : Boîte : Index :

Code Postal : Localité : Pays :

Tél. : Adresse e-mail :

Numéro de RN :

A compléter par le prestataire de soins

Nom et prénom du bénéficiaire :

Date de la prestation :

▪ - -

▪ - -

▪ - -

▪ - -

▪ - -

Montant payé * :

.....

.....

.....

.....

.....

Nom du prestataire :

Numéro du prestataire:

Date : - -

Cachet et signature :

Conditions d'intervention :

- Intervention dans le coût des séances de diététique effectuées par un prestataire reconnu par la MC Saint-Michel
- Maximum 5 interventions de 10 euros par année civile

Pour les prestations effectuées avant le 1er janvier 2015, les conditions ne sont pas les mêmes : l'intervention sera limitée si vous avez déjà bénéficié, la même année, de soins en ostéopathie, chiropraxie, acupuncture ou mésothérapie. Renseignez-vous auprès de votre conseiller mutualiste.

* Le prestataire est tenu d'au moins indiquer la mention "oui" si un montant minimum de 10 euros a été réclamé.

Nous traiterons ces données conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée. A l'exception des données médicales et sociales personnelles, ces données pourront être utilisées pour promouvoir des services de la MC et de ses mouvements avec lesquels la MC a conclu un accord de collaboration. Vous avez le droit de consulter ou de corriger les données qui vous concernent.



DIÉTÉTIQUE

DEMANDE D'INTERVENTION

(D'application au 01/01/2016)

- Nom :
- Prénom :
- Numéro national :

Veuillez apposer une vignette de Symbio

Consultation(s)

Une intervention annuelle de 75,00 EUR (12,50 EUR par séance) par bénéficiaire est accordée dans les frais encourus lors de consultations chez un(e) diététicien(ne) diplômé(e), un médecin nutritionniste ou un suivi chez Weight Watchers (formule PassLib).

Date de la prestation	Identification du prestataire : cachet et signature	Prix payé (EUR)
-- / -- / ----		
-- / -- / ----		
-- / -- / ----		
-- / -- / ----		
-- / -- / ----		
-- / -- / ----		

Total : X 12,50 EUR =

Bilan

Une intervention annuelle de 25,00 EUR est accordée pour le bilan d'un diététicien ou nutritionniste.

Date de la prestation	Identification du prestataire : cachet et signature	Prix payé (EUR)
-- / -- / ----		



AVANTAGE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DIÉTÉTIQUE

Bénéficiaire :

Adresse :

N° d'affiliation :

N.I.S.S. :

Conditions d'intervention

Notre mutualité accorde une intervention de 10,00 EUR par séance chez un diététicien ou, à partir du 1^{er} janvier 2015, pour un traitement organisé par Weight Watchers Belgium sa.

Une prescription médicale doit accompagner la demande.

L'intervention est octroyée si au moins 6 séances ont été suivies.

Pour avoir droit à l'intervention, l'affilié doit être en règle de cotisations à l'assurance complémentaire.

Seuls les statuts déterminent les droits et obligations des membres et ceux de la mutualité.

A compléter par le(la) diététicien(ne)

DATE	MONTANT	SIGNATURE + CACHET DIETETICIEN(NE) / WEIGHT WATCHERS	NOM PRESCRIPTEUR + N° INAMI

**ATTESTATION DE TRAITEMENT
CONSEIL EN MATIERE DE REGIME**

L'attestation de traitement doit être présentée à la mutualité à l'issue de l'intégralité du traitement (si celui-ci comporte moins de 6 séances) ou à l'issue de la 6ème séance.

Collez votre vignette ici

A compléter par le (la) diététicienne

La personne mentionnée ci-dessus s'est présentée à la consultation aux dates suivantes pour des conseils en matière de régime.

Dates des séances	Honoraires	Signature du (de la) diététicien(ne)	Cachet du (de la) diététicien(ne)

* cocher la case appropriée

COORDONNEES DU CLIENT (écrire en majuscule ou coller une vignette d'identification)

N° de registre national: _____

N° d'affiliation: _____

Nom: _____

Prénom: _____

Rue: _____

Code Postal: _____ Localité: _____

apposer ici une vignette de la mutualité

A remplir par le diététicien ou le médecin nutritionniste conventionné

Nom et prénom du patient _____

Date de la prestation	IMC/percentile en début de prise en charge	Cachet et signature du prestataire
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	

L'intervention dans les consultations de diététique s'élève à 10 € par consultation avec un maximum de 4 consultations par année civile et par bénéficiaire.

Ont droit à 8 séances supplémentaires par année civile:

- les bénéficiaires atteints d'une des pathologies lourdes ou chroniques suivantes: insuffisance rénale chronique, mucoviscidose, sida, troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie, dénutrition), diabète, obésité, maladie de Crohn (RCUH), maladie d'Alzheimer et affections néoplasiques.

Pour bénéficier de cet avantage, il faut:

- être inscrit(e) et en règle de cotisation aux avantages Partenamut.
- s'adresser à un diététicien diplômé ou médecin nutritionniste conventionné dans le cadre de soins ambulatoires.

Pour bénéficier des séances supplémentaires (au-delà du plafond de quatre séances), il faudra produire un certificat médical attestant la pathologie et les indications de la prise en charge diététique.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2017



intervention diététique



Prenez une photo de ce document dûment complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena (disponible sous iOS et Android) et envoyez-la-nous.

Ou déposez le document dûment complété en agence. Vous pouvez aussi l'adresser à :

Mutualité Partena, Sluisweg 2 bte 1 - 9000 Gent

Davantage d'informations: www.partena-mutualite.be

La Mutualité Partena

accorde une intervention pour un traitement chez un diététicien diplômé ou pour des séances chez Weight Watchers.

Qui peut en bénéficier?

Indépendamment de votre âge, vous bénéficiez d'une intervention de 40 euros pour 4 consultations/séances à condition que le traitement complet de 4 consultations/séances ait été suivi dans un délai de 2 ans.

Que faire pour en bénéficier?

- Faites compléter et viser le document par un diététicien diplômé ou par Weight Watchers.
- Prenez une photo de ce document dûment complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena et envoyez-la-nous.
Ou renvoyez le document dûment complété à l'adresse mentionnée ci-dessus, ou encore remettez-le à votre agence locale.

Coordonnées du client ou vignette

--

A compléter par le diététicien ou par Weight Watchers

Je déclare avoir traité

Nom :

Prénom :

aux dates suivantes :

date	honoraires	date	honoraires
1.		3.	
2.		4.	

Date :

Signature + cachet

Code de nomenclature : **809093**



**DEMANDE D'INTERVENTION DIABETE
SERVICES COMPLEMENTAIRES**

La Mutualité Libérale du Brabant octroie une intervention à l'achat d'un glucomètre sanguin, de tiges de glucose sanguin, d'aiguilles pour injection d'insuline, d'un autopiqueur ou de lancettes ainsi que dans la cotisation à une association de diabète reconnue. L'intervention s'élève à 50 % du prix d'achat du matériel précité et à 100 % de la cotisation à l'association précitée avec un maximum de € 150 pour les deux interventions par membre et par année calendrier.

Lors de la première demande, sauf s'il est en possession d'un passeport diabète, le membre doit présenter un certificat médical attestant de la nécessité d'auto-surveillance.

L'intervention pour l'achat d'un glucomètre sanguin, de tiges de glucose sanguin, d'aiguilles pour injection d'insuline, d'un autopiqueur ou de lancettes est accordée sur présentation de la preuve de paiement du matériel.

L'intervention pour la cotisation à une association de diabète reconnue est accordée sur présentation d'une attestation de l'association reconnue avec mention du montant de la cotisation payée ou sur présentation de l'attestation dûment complétée, disponible auprès de la mutualité, à laquelle est jointe la preuve de paiement.

Déclaration

Collez votre vignette ici

Né(e) le : / ... /

Déclare que les tiges de glucose sanguin, les aiguilles pour injection d'insuline, l'autopiqueur ou les lancettes ont été achetés dans le but d'appliquer l'auto-surveillance.

L'intervention est versée sur le compte bancaire repris dans notre fichier membres. Si vous souhaitez modifier ce numéro de compte, veuillez remplir le formulaire adéquat disponible auprès de votre section locale et nous le faire parvenir.

Date : / /

Signature :

Carte d'achat pour tiges de glucose sanguin, aiguilles pour injection d'insuline, autopiqueur ou lancettes pour l'année _____

<i>DATE D'ACHAT</i>	<i>MATERIEL ACHETE</i>	<i>PRIX</i>	<i>SIGNATURE ET CACHET DU FOURNISSEUR</i>
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	

COTISATION ASSOCIATION DE DIABETE

Collez votre vignette ici

A faire compléter par le responsable de l'association de diabète

Je, soussigné(e), (responsable de l'association de diabète)..... déclare que

(nom du membre)..... né(e) le

..... est affilié(e) à notre association de diabète reconnue pour l'année

La somme de € a été payée en date du / /

Nom, adresse et cachet de l'association de diabète:

.....
.....
.....
.....

Date :

Signature du/de la responsable :



COORDONNEES DU CLIENT (écrire en majuscule ou coller une vignette d'identification)

N° de registre national:

N° d'affiliation:

Nom:

Prénom:

Rue:

Code Postal:

Localité:

apposer ici une vignette de la mutualité

A REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE DE SOINS

Nom et prénom du patient _____

Consultations auprès d'un éducateur en diabétologie

Visite
date, cachet et signature du
prestataire

Visite
date, cachet et signature du
prestataire

Visite
date, cachet et signature du
prestataire

Il est important pour un patient diabétique de procéder régulièrement à un contrôle de sa situation de santé.
L'intervention dans les frais de suivi médical pour diabétique est de 20€ par consultation limitée à 60€ par année civile.

Pour y avoir droit :

- il faut être inscrit(e) et en règle de cotisations aux avantages Partenamut.
- il faut disposer d'un Dossier Médical Global et du Passeport du Diabète.
- il ne faut pas bénéficier du trajet de soins diabète prévu dans le cadre de l'Assurance Obligatoire ni d'une convention du diabète.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2017



intervention éducateur en diabétologie



Prenez une photo de ce document dûment complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena (disponible sous iOS et Android) et envoyez-la-nous.
Ou déposez le document dûment complété en agence. Vous pouvez aussi l'adresser à :
Mutualité Partena, Sluisweg 2 bte 1 - 9000 Gent
Davantage d'informations: www.partena-mutualite.be

La Mutualité Libre Partena

accorde une intervention de 30 euros pour la première consultation chez un éducateur en diabétologie agréé.

Qui peut en bénéficier ?

- Les patients diabétiques disposant d'un DMG.
- Et ne faisant appel ni à la convention diabète, ni à un trajet de soins.

Que faire pour en bénéficier :

- Le traitement doit être effectué par un éducateur en diabétologie agréé par l'INAM*, et ceci à partir du 1/1/2016.
- Faites compléter et signer ce document par un éducateur en diabétologie.
- Prenez une photo de ce document dûment complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena et envoyez-la-nous.
Ou renvoyez le document dûment complété à l'adresse mentionnée ci-dessus, ou encore remettez-le à votre agence locale.

Coordonnées du client ou vignette

--

A compléter par l'éducateur en diabétologie

Nom de l'éducateur en diabétologie :

Numéro INAMI de l'éducateur en diabétologie :

Montant payé :

Date de la prestation :

Signature et/ou cachet :

Code de nomenclature : **809583**

*Vous trouverez une liste des éducateurs en diabétologie agréés sur www.trajetdesoins.be/fr/lists



GT114111D000000129495200

intervention diabète : consultation ophtalmologue



Prenez une photo de ce document dûment complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena (disponible sous iOS et Android) et envoyez-la-nous.
Ou déposez le document dûment complété en agence. Vous pouvez aussi l'adresser à :
Mutualité Partena, Sluisweg 2 bte 1 - 9000 Gent
Davantage d'informations: www.partena-mutualite.be

La Mutualité Partena

rembourse intégralement le ticket modérateur d'une consultation chez un ophtalmologue.

Qui peut en bénéficier?

- Les patients diabétiques disposant d'un DMG.
- Et ne faisant appel ni à la convention du diabète, ni à un trajet de soins.

Que faire pour en bénéficier?

- Faites compléter et viser le document par votre ophtalmologue.
- Prenez une photo de ce document dûment complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena et envoyez-la-nous.
Ou renvoyez le document dûment complété à l'adresse mentionnée ci-dessus, ou encore remettez-le à votre agence locale.

Coordonnées du client ou vignette

--

A compléter par le médecin traitant

J'atteste, par la présente, avoir ausculté

Nom : Prénom :

en date du :

Code nomenclature de la prestation :

Cachet et signature du médecin traitant :

Code de nomenclature : **809373**



GW06211D0000000129495500

**FORMULAIRE DE DEMANDE
D'INTERVENTION MONTURE DE
LUNETTES/VERRES/LENTILLES**

**Données concernant le membre (compléter en lettres capitales s.v.p.) ou
coller vignette bleue du chef de famille**

Nom: Prénom:
Rue: Numéro:
Code Postal: Commune:
Tél: Numéro matricule:

**Données concernant le membre qui a droit à l'intervention (un formulaire par
membre)**

Nom du membre:
Date de naissance: / /

Déclaration de l'opticien

Je, soussigné, opticien agréé
Adresse (cachet)
.....
.....
Déclare que l'achat de (1)
 monture de lunettes
 verres
 lentilles de contact
 lentilles de nuit
A été fait pour le membre susmentionné.
Prix d'achat euros
Date Signature opticien

(1) Cocher la mention qui convient

COORDONNEES DU CLIENT (écrire en majuscule ou coller une vignette d'identification)

N° de registre national:

N° d'affiliation:

Nom:

Prénom:

Rue:

Code Postal:

Localité:

apposer ici une vignette de la mutualité

A COMPLETER PAR L'OPHTALMOLOGUE

Je soussigné(e), ophtalmologue, déclare avoir procédé pour le bénéficiaire _____ à

une opération par chirurgie corrective au laser d'une malformation (*)

de l'oeil droit de l'oeil gauche Date:

une implantation d'une lentille intra-oculaire pour (**)

l'oeil droit l'oeil gauche Date:

Signature ophtalmologue

Cachet ophtalmologue

A COMPLETER PAR L'OPTICIEN

Je soussigné(e), opticien, déclare avoir procuré à l'affilié(e) dont les coordonnées sont reprises ci-dessus, la (les) fournitures suivante(s):

une monture de lunettes destinée au port de verres correcteurs (***)

lentilles ou verres correcteurs (***)

Montant payé: , €

Date

Signature

Cachet



- (*) L'intervention pour tous de maximum 100 €/œil/vie est octroyée uniquement à défaut d'une intervention en Assurance Obligatoire.
- (**) Intervention forfaitaire de 50€/œil/vie accordée après l'intervention de l'Assurance Obligatoire.
- (***) L'intervention est limitée à 75€ pour tous les bénéficiaires, tous les 2 ans.

L'intervention est octroyée pour autant que le bénéficiaire soit en règle de cotisations aux avantages Partenamut.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2017.

intervention lunettes et lentilles



Prenez une photo de ce document dûment complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena (disponible sous iOS et Android) et envoyez-la-nous.
Ou déposez le document dûment complété en agence. Vous pouvez aussi l'adresser à :
Mutualité Partena, Sluisweg 2 bte 1 - 9000 Gent
Davantage d'informations: www.partena-mutualite.be

La Mutualité Libre Partena

accorde une intervention de 50 euros pour l'achat de lunettes (monture et/ou verres) et de lentilles.
Cette intervention est accordée une fois tous les ans.

Qui peut en bénéficier ?

- Les personnes qui, en raison d'une dioptrie, ont besoin de lunettes, de verres ou de lentilles.

Que faire pour en bénéficier :

- Faites compléter et signer ce document par l'opticien ou par le médecin prescripteur.
- Prenez une photo de ce document dûment complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena et envoyez-la-nous.
Ou renvoyez le document dûment complété à l'adresse mentionnée ci-dessus, ou encore remettez-le à votre agence locale.

Coordonnées du client ou vignette

Vignette

A compléter par l'opticien ou par le médecin prescripteur

Produit acheté :

Montant payé :

Date de l'achat :

Dioptrie :

Signature et/ou cachet :

Code de nomenclature : **806002**

* La Mutualité Partena collabore avec un vaste réseau d'opticiens qui accordent des réductions allant jusqu'à 15% sur les lunettes et les lentilles. Pour de plus amples informations, surfez sur notre site.





COORDONNEES DU CLIENT (écrire en majuscule ou coller une vignette d'identification)

N° de registre national:

N° d'affiliation:

Nom:

Prénom:

Rue:

Code Postal:

Localité:

apposer ici une vignette de la mutualité

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Je soussigné,, docteur en médecine, déclare avoir prescrit
 - nom du médicament :
 - nom du substitut nicotinique:

ceci dans le cadre de l'aide et du suivi de la démarche d'arrêt tabagique de mon patient.

Nom et prénom du patient:

Date

--	--	--	--	--

Signature

Cachet du médecin

A REMPLIR PAR LE PHARMACIEN

Date	NOM DU PRODUIT	MONTANT	SIGNATURE & CACHET DU PHARMACIEN

L'intervention de maximum 50 €/an, médicaments et substituts nicotiniques confondus, ne peut être obtenue que si le produit est prescrit par un médecin et délivré en pharmacie. Aucune intervention n'est accordée pour la cigarette électronique.
 Pour bénéficier de cet avantage, le bénéficiaire doit être en règle de cotisations aux avantages Partenamut.
 Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2017.

Dento solidaire

Demande d'intervention pour une prothèse dentaire



Nous intervenons pour les frais de prothèses dentaires, non remboursées dans l'Assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ASSI) pour un montant forfaitaire de 175 €*. Cette intervention est renouvelable tous les 7 ans.

Veillez compléter toutes les rubriques de ce formulaire, à défaut le document vous sera retourné.

A. Renseignements généraux

(à compléter par le bénéficiaire)

Vignette d'identification du patient

Téléphone ou GSM :

Adresse e-mail :

B. Informations pour le paiement

(à compléter par le bénéficiaire)

Le forfait est à verser sur le compte bancaire suivant :

IBAN : N° BIC :

Ouvert au nom de :

C. Assurance

(à compléter par le bénéficiaire)

Etes-vous couvert par notre assurance soins dentaires Dento + ? OUI NON
Si oui, le plan de traitement préalable au traitement doit être présenté à la mutualité et, par la suite, la demande d'intervention Dento +.

Je soussigné(e) déclare que les renseignements ci-dessus sont corrects.

Date : _ _ - _ _ - _ _ _ _

Signature :

D. Type de prothèse

(A compléter par le prestataire)

Type de matériel posé**		Code AC	Honoraires demandés
Prothèse amovible (avant le 50 ^e anniversaire)	Mâchoire : inférieure/supérieure		
	<input type="checkbox"/> Résine	970395	
	<input type="checkbox"/> Squelettique	970432	
Prothèse fixe	Couronne	970373	
	Bridge	970384	
	Autre :	970421	
Implant dentaire		970362	

** À l'exception des soins esthétiques

Cet avantage n'est accordé que lorsqu'il n'y a pas d'intervention de l'Assurance obligatoire

Cachet du prestataire

- Je certifie qu'il n'y a pas d'intervention de l'assurance obligatoire et qu'aucune demande n'a été introduite auprès du Conseil technique dentaire
- Je certifie que les honoraires ont été payés
- Je certifie que les honoraires ont été portés en compte et sont/seront payés par virement

Date de la pose de la prothèse ou de l'implant : _ _ - _ _ - _ _ _ _

Signature du prestataire:

Ces informations à caractère personnel sont traitées par la société mutualiste SOLIMUT pour la gestion des services et avantages à ses membres et le cas échéant par la société mutualiste MC Assure pour la gestion des assurances de ses membres. Vous pouvez accéder ou faire rectifier les données qui vous concernent sur demande adressée à Solimut/MC Assure, chaussée de Haecht 579, BP 40, 1031 Bruxelles

Besoin d'une information complémentaire ?

Téléphonez gratuitement au 0800 10 9 8 7 ou adressez-vous à votre conseiller mutualiste

*Montant 2015. Le forfait est de 150 € pour les prothèses posées en 2014.

CONDITIONS

Une intervention est octroyée pour les frais de prothèses dentaires, implants dentaires, couronnes dentaires, bridges dentaires et pivots dentaires à condition qu'aucune intervention légale ne soit prévue dans le cadre de l'assurance obligatoire ou par toute autre réglementation. L'intervention est fixée à 15% des frais supérieurs à 250 € et plafonnée à concurrence de 500 € par deux années civiles.

À COMPLÉTER PAR LE DENTISTE RECONNU PAR L'INAMI

Je soussigné(e)....., déclare avoir vu le /..... / 20 :

Nom :

Prénom :

Numéro national : * - - *

Date de naissance : /..... /.....

Pour le placement du matériel suivant :

Prothèse dentaire (non remboursable en Assurance Obligatoire)

Mâchoire : inférieure supérieure

Raison du remboursement : -50 ans renouvellement non respecté

Implant dentaire (non remboursable en Assurance Obligatoire) Nombre : N° dent : Montant :

Couronne dentaire Nombre : N° dent : Montant :

Bridge dentaire Nombre : N° dent : Montant :

Pivot dentaire Nombre : N° dent : Montant :

Montant total payé :

Date : /..... / 20

Cachet et signature du dispensateur :



AVANTAGE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

PROTHÈSE DENTAIRE

Bénéficiaire :

Adresse :

N° d'affiliation :

N.I.S.S. :

Conditions d'intervention

Pour avoir droit à l'intervention, l'affilié doit être en règle de cotisations à l'assurance complémentaire.

Notre mutualité accorde une intervention dans le coût d'une prothèse dentaire de maximum 150,00 EUR (175,00 EUR à partir du 1^{er} janvier 2015, à condition d'être en possession d'un dossier médical global - DMG) sans pour autant dépasser le montant payé par le bénéficiaire.

L'intervention est accordée toutes les 7 années civiles et la mutualité tient compte des interventions déjà reçues avant le 1^{er} septembre 2014.

L'intervention est accordée sur présentation de l'attestation de soins donnée originale établie par un dentiste ou du formulaire de demande complété dans le cas de non-intervention de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

Seuls les statuts déterminent les droits et obligations des membres et ceux de la mutualité.

A compléter par le dentiste

Je soussigné(e)

(Cachet du dentiste)

déclare avoir placé une prothèse dentaire à la personne mentionnée ci-dessus en

date du

Montant payé : EUR

Signature du dentiste



AVANTAGE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

IMPLANTS DENTAIRES – COURONNE – BRIDGE

Bénéficiaire :

Adresse :

N° d'affiliation :

N.I.S.S. :

Conditions d'intervention

Pour avoir droit à l'intervention, l'affilié doit être en règle de cotisations à l'assurance complémentaire.

Notre mutualité accorde une intervention forfaitaire de 150,00 EUR (175,00 EUR à partir du 1^{er} janvier 2015, à condition d'être en possession d'un dossier médical global - DMG) dans le coût d'un implant dentaire sans pour autant dépasser le montant payé par le bénéficiaire.

Cette intervention est accordée toutes les 7 années civiles et la mutualité tient compte des interventions reçues avant le 1^{er} septembre 2014.

Seuls les statuts déterminent les droits et obligations des membres et ceux de la mutualité.

A compléter par le dentiste

Je soussigné(e)

(Cachet du dentiste)

déclare avoir placé implant(s) dentaire(s) à la personne mentionnée ci-dessus en

date du

Montant payé

Signature du dentiste

ATTESTATION « SOINS DENTAIRES PLUS »

Pour pouvoir prétendre à un remboursement, ce document doit être intégralement complété et déposé à la mutualité.

**Collez votre
vignette bleue ici**

A COMPLETER PAR LE DENTISTE

Identification du dentiste (nom/adresse) :

Numéro INAMI :

Le coût de la prestation s'élève à €

Je, soussigné(e), déclare sur l'honneur avoir fourni une prestation non remboursée par l'INAMI au patient.

Date :

Signature :

Nom : Prénom :

Numéro d'inscription : Date de naissance : __ / __ / ____

Rue : N° : Bte :

Code Postal : Localité :

<p>Séance du : __ / __ / ____ (1)</p> <p>Montant payé : EUR</p> <p>Signature du prestataire :</p> <p>Cachet du prestataire :</p>	<p>Séance du : __ / __ / ____ (2)</p> <p>Montant payé : EUR</p> <p>Signature du prestataire :</p> <p>Cachet du prestataire :</p>
<p>Séance du : __ / __ / ____ (3)</p> <p>Montant payé : EUR</p> <p>Signature du prestataire :</p> <p>Cachet du prestataire :</p>	<p>Séance du : __ / __ / ____ (4)</p> <p>Montant payé : EUR</p> <p>Signature du prestataire :</p> <p>Cachet du prestataire :</p>
<p>Séance du : __ / __ / ____ (5)</p> <p>Montant payé : EUR</p> <p>Signature du prestataire :</p> <p>Cachet du prestataire :</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>Veillez apposer une vignette de Symbio</p> </div>

* Intervention maximale : 5 EUR/mois et 25 EUR/an



AVANTAGE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE PÉDICURIE – PODOLOGIE

Bénéficiaire :

Adresse :

N° d'affiliation :

N.I.S.S. :

Conditions d'intervention

Si vous êtes âgé(e) de plus de 60 ans et affilié(e) à la Fédération des mutualités socialistes du Brabant (FMSB), celle-ci intervient dans les soins de pédicurie ou de podologie.

Dans certains cas, une intervention peut également être accordée pour autant qu'il y ait une prescription médicale. Celle-ci, ainsi que les raisons nécessitant les soins d'un pédicure ou podologue, devra être remise à votre mutualité accompagnée de la présente.

Pour l'ensemble des soins (pédicurie et podologie), le nombre est limité à six par année civile et par bénéficiaire.

*Le prestataire qui prodigue les soins ou le traitement doit avoir conclu **un accord avec l'asbl Soins à Domicile Bruxelles ou l'asbl Centres Médicaux César de Paepe.***

L'intervention s'élève à 5,50 EUR (6,50 EUR à partir du 1^{er} janvier 2015) par soins de pédicurie et à 8,50 EUR (9,50 EUR à partir du 1^{er} janvier 2015) par soins de podologie.

Elle sera payée contre remise de la présente complétée qui mentionnera la date, le montant payé, le cachet du prestataire et, pour les moins de 60 ans, le nom du prescripteur + son n° INAMI.

A compléter par le prestataire

	Date	Montant	Visa & cachet	Nom prescripteur + n° INAMI
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Déclaration du bénéficiaire

Je déclare que les soins de pédicurie et/ou de podologie mentionnés ci-dessus ont bien été donnés.

Date :

Signature,

**DEMANDE D'INTERVENTION PEDICURE
SERVICES COMPLEMENTAIRES**

La Mutualité Libérale du Brabant accorde une intervention de 2,5 € par séance de pédicure avec un maximum de 6 séances par année civile.

Seuls les membres qui ont atteint l'âge de 60 ans et qui sont en règle de cotisation pour les services complémentaires, ainsi que les membres qui sont patients diabétiques (type I – insulino-dépendants)* entrent en ligne de compte pour l'octroi de cette intervention.

L'intervention est octroyée après 6 séances de pédicure. Si dans le courant de l'année civile vous totalisez moins de 6 séances, vous ne pouvez obtenir l'intervention qu'à partir du mois de janvier de l'année qui suit l'année pendant laquelle les séances de pédicure ont lieu.

L'intervention est versée sur votre compte bancaire.

* le patient diabétique présente, lors de la première demande, une attestation médicale certifiant qu'il est patient diabétique de type I.

Déclaration

Collez votre vignette ici

Né(e) le: / /

Déclare que les séances de pédicure mentionnées ci-dessous ont lieu. L'intervention est versée sur le compte bancaire repris dans notre fichier membres. Si vous souhaitez modifier ce numéro de compte, veuillez remplir le formulaire adéquat disponible auprès de votre section locale et nous le faire parvenir.

Date: / /

Signature:

Pédicure pour l'année

DATE	MONTANT	SIGNATURE, NUMERO TVA CACHET PEDICURE
	€	
	€	
	€	
	€	
	€	
	€	

COORDONNEES DU CLIENT (écrire en majuscule ou coller une vignette d'identification)

N° de registre national:

N° d'affiliation:

Nom:

Prénom:

Rue:

Code Postal:

Localité:

apposer ici une vignette de la mutualité

A COMPLETER PAR LE PRESTATAIRE

Nom et prénom du prestataire _____
 certifie que l'affilié(e) dont les coordonnées sont reprises ci-dessus a bénéficié de séances de pédicure.

Détail des séances:

Date de la prestation	Montant payé	Cachet et signature du prestataire
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	

L'intervention est octroyée, à concurrence d'un montant forfaitaire de 5 € par séance pour un maximum de 6 séances par année civile, à tout bénéficiaire âgé d'au moins 65 ans.
 Les bénéficiaires âgés de moins de 65 ans bénéficient d'une intervention identique sur présentation d'un certificat médical annuel prouvant la nécessité des soins sauf pour les personnes en possession du passeport du diabète ou suivant un trajet de soins du diabète.

Pour bénéficier de l'intervention, l'affilié(e) doit être en règle de cotisations aux avantages Partenamut.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2017.



intervention pour pédicure (médicale)



Prenez une photo de ce document dûment complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena (disponible sous iOS et Android) et envoyez-la-nous.
Ou déposez le document dûment complété en agence. Vous pouvez aussi l'adresser à :
Mutualité Partena, Sluisweg 2 bte 1 - 9000 Gent
Davantage d'informations: www.partena-mutualite.be

La Mutualité Partena

rembourse 5 euros par séance (avec un maximum de 30 euros par an).

Qui peut en bénéficier?

- Toute personne disposant d'une prescription médicale (valable au plus pendant 1 an).
- A partir de 65 ans, la prescription médicale est superflue.

Que faire pour en bénéficier?

- Collez une vignette de la personne qui a reçu les soins de pédicure.
- Faites compléter et estampiller le document par votre médecin traitant. Ou joignez une prescription médicale à ce document.
- Faites compléter le document par le (la) pédicure.
- Prenez une photo de ce document dûment complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena et envoyez-la-nous.
Ou renvoyez le document dûment complété à l'adresse mentionnée ci-dessus, ou encore remettez-le à votre agence locale.

Coordonnées du client ou vignette de la personne qui a reçu les soins de pédicure

A compléter par le médecin traitant
Je déclare par la présente avoir examiné :
Nom : Prénom :
et estimer qu'il nécessite des soins de pédicure, en raison de :
Date : Cachet et signature du médecin traitant

A compléter par le (la) pédicure																					
Identification du (de la) pédicure: :																					
Adresse :																					
Téléphone :																					
<table border="1"><thead><tr><th>Date</th><th>Montant perçu</th><th>Signature ou cachet du (de la) pédicure</th></tr></thead><tbody><tr><td>1.</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2.</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4.</td><td></td><td></td></tr><tr><td>5.</td><td></td><td></td></tr><tr><td>6.</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Date	Montant perçu	Signature ou cachet du (de la) pédicure	1.			2.			3.			4.			5.			6.		
Date	Montant perçu	Signature ou cachet du (de la) pédicure																			
1.																					
2.																					
3.																					
4.																					
5.																					
6.																					

Codes de nomenclature : 65+ : **803003** ; 65- : **803014**



GT05811D0000000129489300

intervention semelles réalisées par un podologue



Prenez une photo de ce document dûment complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena (disponible sous iOS et Android) et envoyez-la-nous.
Ou déposez le document dûment complété en agence. Vous pouvez aussi l'adresser à :
Mutualité Partena, Sluisweg 2 bte 1 - 9000 Gent
Davantage d'informations: www.partena-mutualite.be

La Mutualité Libre Partena

accorde une intervention pour l'achat de semelles réalisées par un podologue. L'intervention s'élève à 25 euros par semelle (50 euros par paire) et par année calendrier.

Qui peut en bénéficier ?

- Toute personne payant régulièrement les cotisations mutualistes.
- Les semelles doivent avoir été confectionnées par un podologue.

Que faire pour en bénéficier ?

- Collez une vignette d'identification à l'endroit prévu sur le document.
- Faites compléter et signer ce document par le podologue.
- Prenez une photo de ce document complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena et transmettez-la. Ou renvoyez le document dûment complété à l'adresse mentionnée ci-dessus, ou encore, remettez-le à votre agence locale.

Coordonnées du client ou vignette

--

A compléter par le podologue

Nom du podologue :

Montant payé :

Semelle achetée : pied droit
 pied gauche
 les deux pieds

Date de l'achat :

Signature et cachet de podologue :

Code de nomenclature : **803320**



GT05811D0000000129490000

Consultations psychologiques

Demande d'intervention



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

Document à faire compléter par le prestataire et à retourner à votre mutualité régionale

Données personnelles

Nom : Prénom :

Tél. : E-mail :

Collez ici une vignette jaune
du bénéficiaire de l'intervention

A compléter par le prestataire

Date de prestation	Montant

Date de prestation	Montant

Je soussigné(e) prestataire dans :

- Centre de planning
- Service de Santé mentale
- Polyclinique
- Maison médicale
- Centre à approche pluridisciplinaire et spécifique (asbl)
- Autre :

Je soussigné(e) prestataire reconnu
par la Commission des psychologues

Numéro d'agrément du prestataire :

certifie avoir assuré les séances de psychologie clinique susmentionnées.

Date : _ _ - _ _ - _ _

Signature du prestataire

Cachet du prestataire

Conditions d'intervention

- > Intervention jusqu'à 15 euros par séance, à raison de maximum 180 euros par année civile, sans plafond du nombre de séances.
- > Intervention pour des séances psychologiques individuelles, familiales ou de couple effectuées :
 - par un psychologue, agréé par la Commission des psychologues (www.compsy.be), salarié ou indépendant, travaillant en cabinet privé, institution ou en milieu hospitalier
 - dans un centre de planning familial ou de consultation conjugale financé par la Région wallonne ou la Commission Communautaire française ou la Commission Communautaire commune (Cocof ou Cocom)
 - dans un service de santé mentale financé par la Région wallonne ou la Commission Communautaire française ou la Commission Communautaire commune (Cocof ou Cocom)
 - dans une polyclinique, une maison médicale ou un centre pluridisciplinaire (asbl)
 - en milieu hospitalier

Besoin d'une information complémentaire ?

**N'hésitez pas à contacter votre conseiller mutualiste,
ou à surfer sur www.mc.be**

Nous traiterons ces données conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée. A l'exception des données médicales et sociales personnelles, ces données pourront être utilisées pour promouvoir des services de la MC et de ses mouvements avec lesquels la MC a conclu un accord de collaboration. Vous avez le droit de consulter ou de corriger les données qui vous concernent.

A compléter par l'affilié(e) :

- Nom :
- Prénom :
- Numéro national :
- Téléphone : - E-mail :

Veillez apposer une vignette de Symbio

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

Date de la prestation	Prix payé (EUR)	Cachet du prestataire	Signature du prestataire
Bilan réalisé le __ / __ / ____			
Séance de suivi le __ / __ / ____			
Séance de suivi le __ / __ / ____			
Séance de suivi le __ / __ / ____			
Séance de suivi le __ / __ / ____			
Séance de suivi le __ / __ / ____			
Séance de suivi le __ / __ / ____			

Intervention à partir du 01/01/2016 (selon les conditions statutaires en vigueur) :

- 10 € par séance de suivi chez un(e) licencié(e) en psychologie (maximum 6 séances par année civile) ;
- 20 € par année civile pour le bilan psychologique.



AVANTAGE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE PSYCHOTHÉRAPIE

Bénéficiaire :	
Adresse :	
N° d'affiliation :	N.I.S.S. :

Conditions d'intervention

*Notre mutualité accorde une intervention de 20,00 EUR par séance de psychothérapie chez un licencié en psychologie qui est enregistré auprès de la Commission des psychologues.
Elle est limitée à 8 séances par année civile et par bénéficiaire.*

Pour avoir droit à l'intervention, l'affilié doit être en règle de cotisations à l'assurance complémentaire.

Seuls les statuts déterminent les droits et obligations des membres et ceux de la mutualité.

A compléter par le psychologue

Je soussigné, déclare être licencié en psychologie et être enregistré auprès de la Commission des psychologues et que le patient (nom et prénom) a suivi les séances reprises ci-dessous.

Date	Montant	Signature + cachet éventuel du psychologue

COORDONNEES DU CLIENT (écrire en majuscule ou coller une vignette d'identification)

N° de registre national:

N° d'affiliation:

Nom:

Prénom:

Rue:

Code Postal:

Localité:

apposer ici une vignette de la mutualité

A COMPLETER PAR LE PSYCHOLOGUE (LICENCIE OU DETENTEUR D'UN MASTER EN PSYCHOLOGIE)

Nom et prénom du bénéficiaire: _____

Nom et prénom du (de la) psychologue: _____

Adresse: _____

Détail des séances

Date de la prestation	Montant payé	Cachet et signature du prestataire
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	



L'intervention est octroyée, à concurrence d'un montant forfaitaire de 15 € par séance, pour un maximum de 8 séances par année civile, à tous les bénéficiaires.

Le prestataire des séances doit être titulaire d'un diplôme de licencié ou de master en psychologie.
Pour bénéficier de l'intervention, l'affilié(e) doit être en règle de cotisations aux avantages Partenamut.

Ont droit à 4 séances supplémentaires par année civile:

- les bénéficiaires atteints d'une des pathologies lourdes ou chroniques suivantes : amputation ou transplantation d'organes, douleurs chroniques, grands brûlés, infirme moteur cérébral, insuffisance rénale chronique, maladie d'Alzheimer, maladie de Crohn, maladie neuromusculaire, mucoviscidose, sclérose en plaques, sida, trouble de l'alimentation (anorexie, boulimie), obésité, affections néoplasiques, burn out.

- les bénéficiaires auxquels le département d'aide aux personnes Partenamut Solutions & Assistance a reconnu la qualité d' "aidant proche Partenamut" au terme d'une évaluation réalisée avec le service social de la mutualité.

Pour bénéficier des séances supplémentaires (au-delà du plafond de 8 séances), il faudra produire un certificat médical attestant la pathologie lourde ou chronique dont est atteint le bénéficiaire.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2017.

intervention pour psychothérapie



Prenez une photo de ce document dûment complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena (disponible sous iOS et Android) et envoyez-la-nous.

Ou déposez le document dûment complété en agence. Vous pouvez aussi l'adresser à :

Mutualité Partena, Sluisweg 2 bte 1 - 9000 Gent

Davantage d'informations: www.partena-mutualite.be

La Mutualité Partena

accorde une intervention sur base annuelle pour la psychothérapie, thérapie alternative, psychothérapie de groupe, sociothérapie, thérapie psychomotrice, thérapie créative, psychoéducation, capacités sociales, thérapie systémique, thérapie dramatique, ergothérapie, thérapie par la danse, par la musique et thérapie comportementale cognitive, la psychothérapie psychodynamique et psychoanalytique. La mutualité rembourse au plus 20 euros par séance pour les enfants et jeunes gens ayant droit aux allocations familiales, et jusqu'à concurrence de 6 séances/ an. Pour certaines maladies chroniques, le remboursement vaut jusqu'à 12 séances/an, et sans limite d'âge.

Que faire pour en bénéficier?

- Faites compléter et viser le document par un psychothérapeute agréé.
- Prenez une photo de ce document dûment complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena et envoyez-la-nous.
Ou renvoyez le document dûment complété à l'adresse mentionnée ci-dessus, ou encore remettez-le à votre agence locale.
- Si vous souffrez d'une affection chronique, joignez un certificat médical.

Coordonnées du client ou vignette

Vignette

A compléter par le psychothérapeute

Date	Montant acquitté	Signature ou cachet du psychothérapeute
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Les personnes souffrant d'une des maladies chroniques citées ci-dessous ont droit au remboursement de 6 séances supplémentaires par an : Accident vasculaire cérébral, Alzheimer, affections du métabolisme, amputations, anorexie, asthme / bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), athérosclérose, boulimie, brûlures, cancer, Creutzfeldt-Jakob, Crohn, démence vasculaire, dépression, diabète, douleurs chroniques, épilepsie, handicaps visuels, Huntington, hyperlipidémie / hypercholestérolémie, hypertension, maladies rénales, mucoviscidose, obésité, Parkinson, schizophrénie, sclérose en plaques, troubles auditifs, troubles du spectre autistique, troubles musculo-squelettiques..

Codes de nomenclature : base : **809384** ; séances supplémentaires : **809292**



GT07411D0000000129491100

SOINS ALLERGOLOGIE

DEMANDE D'INTERVENTION POUR UN TRAITEMENT D'IMMUNOTHERAPIE ALLERGENIQUE (ITA)*

A compléter par l'affilié(e) :

- Nom :
- Prénom :
- Numéro national :
- Téléphone :
- E-mail :

Veillez apposer une vignette de Symbio

A compléter par l'allergologue :

Je soussigné(e), médecin spécialisé en allergologie :

- ORL pneumologue dermatologue pédiatre

déclare que mon patient est atteint d'une rhinite allergique et/ou d'asthme allergique lié à une sensibilisation à un allergène objectivée par tests cutanés allergiques/dosage sanguin du taux d'IgE spécifiques, et préconise un traitement d'ITA :

- Pour une durée : du / / au / /
- Par voie : sous-cutanée sublinguale orale (comprimés enregistrés)

Date : / /

Signature du médecin :

Cachet :

**Une intervention de 60% du prix d'achat, plafonnée à € 300,00 par année civile, pendant une période de 3 ans est accordée dans les frais de l'immunothérapie allergénique (ITA) pour autant que l'allergie ait été attestée par un médecin reconnu par l'INAMI et formé en allergologie (ORL, pneumologue, dermatologue ou pédiatre). Remettre ce formulaire accompagné des preuves d'achat des désensibilisants (documents BVAC émis par le pharmacien). En vigueur à partir du 01/01/2015 selon les conditions statutaires.*

Avantages Partenamut - Demande d'intervention
VACCINATION / ALLERGIES



COORDONNEES DU CLIENT (écrire en majuscule ou coller une vignette d'identification)

N° de registre national: _____

N° d'affiliation: _____

Nom: _____

Prénom: _____

Rue: _____

Code Postal: _____ Localité: _____

apposer ici une vignette de la mutualité

A COMPLETER PAR LE PHARMACIEN:

Je soussigné(e), pharmacien(ne) (nom, prénom): _____

déclare avoir délivré à l'affilié(e) dont les coordonnées ci-dessus:

Vaccin anti-infectieux
 Vaccin désensibilisant
 Médicaments antihistaminiques
 allopathiques

Nom du produit: _____

Montant réclamé: €

Date:

<p>Signature du pharmacien</p> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 60px; margin-left: 20px;"></div>	<p>Cachet du pharmacien</p> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 60px; margin-left: 20px;"></div>
--	---

L'intervention est octroyée dans le coût :

- des vaccins anti-infectieux achetés sur le territoire belge ou dans un pays limitrophe (Pays-Bas, Allemagne, Luxembourg, France), à concurrence de 25€ par année civile par bénéficiaire.
- des désensibilisants achetés sur le territoire belge ou dans un pays limitrophe (Pays-Bas, Allemagne, Luxembourg, France) à concurrence d'un montant maximal de 75€ / année civile / bénéficiaire durant maximum 3 années civiles consécutives, tenant compte de la date des factures d'achat.

L'intervention n'est accordée que pour un seul traitement de désensibilisation dans la vie du bénéficiaire.

- des médicaments antihistaminiques allopathiques achetés sur le territoire belge ou dans un pays limitrophe (Pays-Bas, Allemagne, Luxembourg, France), à concurrence de 25€ / année civile / bénéficiaire après intervention de l'assurance obligatoire, avec un maximum de 5 € par médicament antihistaminique acheté.

Pour bénéficier de l'intervention, l'affilié(e) doit être en règle de cotisations aux avantages Partenamut.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2017.

Partenamut - N° entreprise 0411.815.280 (loi du 6 août 1990)



GT05411D000000619719000

intervention pour vaccins



Prenez une photo de ce document dûment complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena (disponible sous iOS et Android) et envoyez-la-nous.
Ou déposez le document dûment complété en agence. Vous pouvez aussi l'adresser à :
Mutualité Partena, Sluisweg 2 bte 1 - 9000 Gent
Davantage d'informations: www.partena-mutualite.be

La Mutualité Partena

rembourse 80% du prix d'achat de vaccins agréés en Belgique, et ce jusqu'à concurrence de 25 euros par an.

Qui peut en bénéficier?

Les clients qui paient régulièrement leurs cotisations mutualistes.

Que faire pour en bénéficier?

- Collez une vignette à l'endroit prévu sur le document.
- Faites compléter et estampiller le document par le pharmacien.
- Prenez une photo de ce document dûment complété grâce à l'appli de la Mutualité Partena et envoyez-la-nous.
Ou renvoyez le document dûment complété à l'adresse mentionnée ci-dessus, ou encore remettez-le à votre agence locale.

Coordonnées du client ou vignette

--

A compléter par le pharmacien

Nom du vaccin :

Coût du vaccin* :

Cachet et/ou nom et adresse du pharmacien

Date :

Code de nomenclature : **809992**



GT05411D0000000129474200

Intervention pour les agents désensibilisants



Remettez ce formulaire dûment complété à votre agence locale ou envoyez-le à:
Mutualité Partena
Sluisweg 2 bte 1 - 9000 Gent

Davantage d'informations: www.partena-mutualite.be

La Mutualité Libre Partena

accorde une intervention de 80% sur le prix d'achat d'agents désensibilisants.

Cette intervention est limitée à 50 euros par an, pendant 3 années consécutives, et n'est accordée qu'une seule fois.

Que faire pour en bénéficier

- Il doit s'agir d'agents désensibilisants reconnus en Belgique.
- Faites compléter et signer ce document par le pharmacien.
- Renvoyez le document dûment complété à l'adresse mentionnée ci-dessus ou remettez-le à votre agence locale.

Coordonnées du client ou vignette

A compléter par le pharmacien
Nom du pharmacien :
Nom du vaccin ou de l'agent désensibilisant :
Montant payé :
Date de délivrance :
Signature et/ou cachet :

Code de nomenclature : **809200**



GT03411D0000000129475200