Liège-Luxembourg

Afin de bénéficier du remboursement, vous devez remplir ce formulaire, le transmettre à votre mutualité et être en ordre de cotisations.
Retrouvez les adresses et horaires de nos agences sur **www.ml.be** ou en scannant le QR-code.
Vous pouvez également l'envoyer par mail à l'adresse **contact414@ml.be**

Psychomotricité

Vos données	
Nom et prénom	
Adresse	
Numéro de registre national	
Adresse E-mail	

A compléter par le (la) psychomotricien(ne)

	Date de consultation	Montant payé	Signature
1	___ / ___ / _____		
2	___ / ___ / _____		
3	___ / ___ / _____		
4	___ / ___ / _____		
5	___ / ___ / _____		
6	___ / ___ / _____		
7	___ / ___ / _____		
8	___ / ___ / _____		
9	___ / ___ / _____		
10	___ / ___ / _____		

Veuillez joindre **la prescription médicale**