Afin de bénéficier de ce remboursement, merci de renvoyer ce document complété à votre mutualité. Vous pouvez aussi l'envoyer par mail à infofr@mutplus.be

Toutes nos adresses sont disponibles sur le site www.mutplus.be ou via notre code QR

Accompagnement psychologique : consultations et méditation pleine conscience

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

A compléter par le psychologue / psychothérapeute	
Nom	
Adresse	

Ce qui précède confirme que les prestations suivantes ont bien été dispensées:

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

Voir l'autre côté

Mindfulness – à compléter par le psychologue / psychothérapeute	
Nom	
Adresse	

Je soussigné confirme que _____

a suivi un cours de méditation pleine conscience du au

et a payé la somme de _____ euros.

Je, soussigné, déclare que pour ces prestations, aucune intervention INAMI n'est possible et qu'il est affilié à l'une des organisations suivantes à la date de/de la prestation. (*):

☐ La commission des psychologues (numéro de reconnaissance: _____)

☐ L'association Flamande des orthopédagogues

☐ L'association Francophone des Orthopédagogues Cliniciens

☐ Au SPF santé via un visa pour psychologue clinicien reconnu

☐ Présent sur la liste des psychothérapeutes reconnus établie par la ML

(*) cochez ce qui convient

Date:

Signature du psychologue/psychothérapeute: