

**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 PSYCHOMOTRICIEN**

Je soussigné(e), psychomotricien(ne) diplômé(e) et reconnu(e) par l'Union Professionnelle Belge des Psychomotriciens Francophones UPBPF), certifie avoir assuré le suivi psychomoteur de :

Nom et prénom du bénéficiaire: \_\_\_\_\_

Nom et prénom du (de la) psychomotricien(ne): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Prescrit ou demandé par : (joindre une copie de la prescription)

Nom et prénom du prescripteur/demandeur \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Détail des séances (individuelles ou collectives)

Date de la prestation	Montant payé	Date de la prestation	Montant payé
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	□□ □□ □□□□	□□□□ , □□
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	□□ □□ □□□□	□□□□ , □□
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	□□ □□ □□□□	□□□□ , □□
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	□□ □□ □□□□	□□□□ , □□
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	□□ □□ □□□□	□□□□ , □□
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	□□ □□ □□□□	□□□□ , □□
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	□□ □□ □□□□	□□□□ , □□
□□ □□ □□□□	□□□□ , □□	□□ □□ □□□□	□□□□ , □□

Cachet et signature du psychomotricien :



L'intervention est octroyée, à concurrence d'un montant maximum de 10.00€séance individuelle ou collective, pour un maximum de 750.00€année civile.

Le prestataire doit être un psychomotricien diplômé et reconnu par l'UPBPF.

Le bénéficiaire doit être âgé de moins de 18 ans à la date de la prestation pour laquelle une intervention est demandée.

Le bénéficiaire doit avoir suivi au moins un cycle complet de 8 séances.

Les séances doivent être prescrites par un médecin généraliste, un pédiatre, un pédopsychiatre, un neuro-pédiatre, ou demandées par un psychologue de centre PMS, de santé mentale ou de planning familial.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2020.