

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
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 2 0	<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"/> 2 0 2 0	<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"/> 2 0 2 0	<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"/> 2 0 2 0	<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"/> 2 0 2 0	<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"/> 2 0 2 0	<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"/> 2 0 2 0	<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"/> 2 0 2 0	<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"/> 2 0 2 0	<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"/> 2 0 2 0	<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"/> 2 0 2 0	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	



L'intervention est octroyée, à concurrence d'un montant maximum de 15 € par séance, pour un maximum de 12 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 12 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 01/01/2020