

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

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 01/01/2021.

