



ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

PEDICURIE

A compléter par le bénéficiaire :

Nom et Prénom : _____

Veuillez coller une vignette bleue

(Obligatoire)

Intervention de 3 € par séance avec un maximum de 6 séances par an et par bénéficiaire.

Ce formulaire doit être complété par le prestataire et n'est valable que pour une année civile.

Lorsque les 6 cases sont remplies ou à la fin de l'année civile, ce formulaire peut être renvoyé à la Mutualité de Luxembourg, Av de la Gare 37 – 6700 Arlon ou être remis à un conseiller mutualiste.

Signature

A compléter par le prestataire :

Date : _____ Montant : _____

Cachet et signature

Date : _____ Montant : _____

Cachet et signature

Date : _____ Montant : _____

Cachet et signature

Date : _____ Montant : _____

Cachet et signature

Date : _____ Montant : _____

Cachet et signature

Date : _____ Montant : _____

Cachet et signature

Ce formulaire est individuel et ne peut en aucun cas être utilisé pour une autre personne que celle dont la vignette d'identification est apposée sur ce document.