

Accompagnement psychologique des jeunes : consultations

Pour pouvoir prétendre à un remboursement, ce document doit être intégralement complété (recto *et* verso) et déposé à la mutualité à la fin du traitement.

COLLEZ VOTRE VIGNETTE BLEUE ICI

A COMPLETER PAR LE MEMBRE

Je soussigné, déclare par la présente sur l'honneur que des allocations familiales sont toujours payées pour (nom du jeune).....

Nom

Date

Signature

A COMPLETER PAR LE MEDECIN QUI ORIENTE, LE CENTRE PMS OU PAR LE CENTRE DE SOINS DE SANTE MENTALE (ou joindre une attestation d'orientation):

Identification du responsable de l'orientation (nom/dénomination/adresse) :

numéro INAMI (médecin) :

Signature

A COMPLETER PAR LE (LA) PSYCHOLOGUE/PSYCHOTHERAPEUTE

Nom :

Adresse :

Numéro de la Commission des psychologues (à ne compléter que par les psychologues):

Date de la consultation	Montant payé	Signature du (de la) psychologue/psychothérapeute

Date

Signature psychologue/psychothérapeute