

ATTESTATION DE TRAITEMENT PAR MEDECINE PARALLELE

(Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture)

L'attestation de traitement doit être présentée à la mutualité pour bénéficier du remboursement dans le cadre des services complémentaires.

COLLEZ VOTRE VIGNETTE BLEUE ICI

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.