



ATTESTATION DE TRAITEMENT PAR MICROKINESITHERAPIE

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 :

Nom : _____

Adresse : _____

Séance	DATE DE LA CONSULTATION	MONTANT PAYE	SIGNATURE ET CACHET
1			
2			
3			

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.