

Preuve de traitement d'acupuncture

À REMPLIR CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE:

Nom et prénom du patient: _____

NISS: _____

Mutualité: _____

À REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE:

Nom et prénom du patient: _____

Chaque mutualité a ses propres règles en matière de remboursement de l'acupuncture. Certaines ne remboursent pas du tout l'acupuncture. Le patient est donc invité à se renseigner auprès de sa mutualité.

L'acupuncteur déclare être membre de l'ABADIC, de l'ABMA, de la BAF, et/ou Acupunctuur Vlaanderen et être en règle avec les directives et la déontologie de l'organisation professionnelle.

Date	Montant reçu	Signature

Cachet du prestataire:

(Nom, prénom, adresse, numéro de membre et/ou INAMI)

Date: