

Intervention pour psychothérapie



Comment demander ce remboursement ?

Grâce à MonPartena, votre mutualité en ligne ou à l'appli de la Mutualité Partena : prenez une photo ou un scan du formulaire complété et demandez votre remboursement de manière numérique.

Par courrier adressé à Mutualité Partena, Sluisweg 2 bte 1, 9000 Gent.

La Mutualité Libre Partena

accorde une intervention de 20 euros par séance de psychothérapie

- pour les enfants et jeunes gens jusqu'à 18 ans accomplis, avec un maximum de 6 séances/année calendrier
- pour les malades chroniques avec un maximum de 12 séances/année calendrier

L'intervention vaut pour les thérapies suivantes: psychothérapie, thérapie alternative, psychothérapie de groupe, sociothérapie, thérapie psychomotrice, thérapie créative, psychoéducation, capacités sociales, thérapie systémique, thérapie dramatique, thérapie par la danse, par la musique et thérapie comportementale cognitive.

Nouveau à partir de 14/3/2020 : Les téléconsultations sont aussi remboursées.

Que faire pour en bénéficier ?

- Collez une vignette de la personne qui a suivi le traitement de psychothérapie.
- Enfants et jeunes gens jusqu'à 18 ans accomplis : faites compléter et cacheter ce document par le psychologue ou le thérapeute.
- Malades chroniques : faites compléter et cacheter ce document par le psychologue ou le thérapeute, et le cadre prévu à cet effet par votre médecin traitant. (Ou joignez un certificat médical – valable pendant 6 mois.)

Des soucis par rapport à vos frais médicaux ?

Medicalia commence là où les autres assurances santé s'arrêtent. Vous bénéficiez par année d'affiliation de remboursements jusqu'à 1.500 euros pour vos frais médicaux, hors périodes d'hospitalisation. Pour la psychothérapie, le remboursement va jusqu'à 600 euros. Ainsi, les consultations chez un psychologue par exemple, restent abordables. Consultez les modalités de remboursement sur www.partena-mutualite.be/medicalia

Données du client (ou vignette)

Nom et prénom :	_____
Numéro de client :	_____
Adresse :	_____ _____

A compléter par le médecin traitant (uniquement en cas de maladie chronique)

Je confirme par la présente que : _____
souffre de la maladie chronique mentionnée ci-dessous :

<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/> affections du métabolisme	<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> amputations	
<input type="checkbox"/> anorexie	<input type="checkbox"/> asthme / bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)	<input type="checkbox"/> athérosclérose	<input type="checkbox"/> boulimie	
<input type="checkbox"/> brûlures	<input type="checkbox"/> cancer	<input type="checkbox"/> Covid-19	<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/> Crohn
<input type="checkbox"/> démence vasculaire	<input type="checkbox"/> dépression	<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> douleurs chroniques	
<input type="checkbox"/> épilepsie	<input type="checkbox"/> handicaps visuels	<input type="checkbox"/> Huntington	<input type="checkbox"/> hyperlipidémie / hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/> hypertension
<input type="checkbox"/> maladies rénales	<input type="checkbox"/> mucoviscidose	<input type="checkbox"/> obésité	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> schizophrénie
<input type="checkbox"/> sclérose en plaques	<input type="checkbox"/> troubles auditifs	<input type="checkbox"/> troubles du spectre autistique		
<input type="checkbox"/> troubles musculo-squelettiques				

Date : _____

Cachet et/ou signature du médecin traitant : _____

Uniquement d'application en cas de paiement régulier des cotisations mutualistes. - Les prestations sont remboursables jusqu'à 2 ans après la date de la prestation.



GT07411D0000000566898800

Suite au verso

A compléter par le psychologue ou le thérapeute

Visite	Date	Montant acquitté	Nom et signature et/ou cachet du thérapeute ou du psychologue
1 / /		
2 / /		
3 / /		
4 / /		
5 / /		
6 / /		

Code de nomenclatures : base : **809384** ; séances supplémentaires : **809292**