

intervention diététique en cas de maladie grave ou chronique



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 b1, 9000 Gent.

La Mutualité Libre Partena

accorde une intervention complémentaire de 10 euros par séance/consultation, jusqu'à concurrence de 12 séances/consultations chez un(e) diététicien(ne) diplômé(e) tous les 2 ans.

Qui peut en bénéficier ?

Les personnes souffrant d'un maladie grave ou chronique*.

Que faire pour en bénéficier

- Collez une vignette de la personne qui a suivi le traitement de diététique.
- Faites compléter et signer ce document par votre médecin traitant, ou joignez-y une prescription médicale
- Faites compléter et signer ce document par un(e) diététicien(ne) diplômé(e).

Coordonnées du client ou vignette

Vignette

A compléter par le médecin traitant

Je confirme par la présente que

Nom : Prénom :

souffre de la maladie chronique mentionnée ci-dessous :

- | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> affections du métabolisme | <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"/> boulimie | <input type="checkbox"/> brûlures | <input type="checkbox"/> cancer | <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob | <input type="checkbox"/> Crohn | <input type="checkbox"/> douleurs chroniques | <input type="checkbox"/> épilepsie |
| <input type="checkbox"/> démence vasculaire | <input type="checkbox"/> Huntington | <input type="checkbox"/> hyperlipidémie / hypercholestérolémie | <input type="checkbox"/> hypertension | <input type="checkbox"/> schizophrénie | | |
| <input type="checkbox"/> handicaps visuels | <input type="checkbox"/> maladies rénales | <input type="checkbox"/> mucoviscidose | <input type="checkbox"/> obésité | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> troubles musculo-squelettiques | |
| <input type="checkbox"/> sclérose en plaques | <input type="checkbox"/> troubles auditifs | <input type="checkbox"/> troubles du spectre autistique | | | | |

Date :

Signature et/ou cachet

A compléter par le(la) diététicien(ne)

Je déclare avoir traité

Nom : Prénom :

aux dates suivantes :

Date	Honoraires/Montant payé	Date	Honoraires/Montant payé
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

Date :

Signature et/ou cachet

Codes de nomenclature : 4 premières séances : **809093** ; séances complémentaires : **809104**



GT05511D0000000394627900