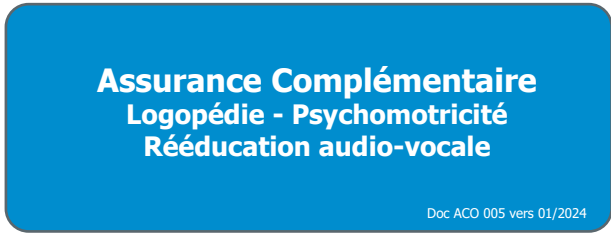




Mutualité Socialiste du Luxembourg

O.A. 323

Place de la Mutualité, 1 - 6870 Saint-Hubert
061 23 11 11 - Fax 061 61 28 67



Doc ACO 005 vers 01/2024

A compléter par le bénéficiaire :

Nom et prénom : _____

Veuillez coller une vignette rose

Ce formulaire peut être soit :

- renvoyé au Service Assurance Complémentaire de la Mutualité Socialiste du Luxembourg
- remis à votre conseiller dans votre agence.

Le remboursement de l'intervention se fera sur le compte connu de nos services pour le bénéficiaire précité.

Cet avantage est soumis à la souscription d'un Dossier Médical Global.

Signature de l'affilié

A compléter par le prestataire :

	Date des séances	Nbre de prestations
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Date de remise du formulaire : ____ / ____ / _____

Relevé des séances du mois de : _____ / _____

- Prestation de logopédie (274)
 psychomotricité (309)
 rééducation audio-vocale (275)

Prix payé par le bénéficiaire : _____ €

Cachet + signature



www.mslux.be

contact.lux@mutsoc.be - Compte financier : BIC : BBRUBEBB - IBAN : BE36 367-0120308-81