

Formulaire de demande d'intervention pour le remboursement des soins psychologiques

Attention : Afin que nous puissions traiter votre demande, vous devez également nous fournir, en plus de ce formulaire dûment complété et signé par votre psychologue :

- un extrait de votre mutuelle, document qui atteste que la mutuelle vous a remboursé les séances (vignette),
- une attestation ou une preuve de paiement du ou de la psychologue (papier signé par le psychologue, preuve de virement bancaire, etc.) et
- une preuve de remboursement de votre mutuelle si votre psychologue n'est pas conventionné par un réseau de soins en santé mentale de l'INAMI.

A compléter par le bénéficiaire

Nom et prénom :

Date de naissance : .../.../....

Numéro de registre national :

Numéro de compte bancaire :

Code BIC¹ :

Adresse :

.....

.....

Organisation :

¹ Le code BIC est le « Bank Identifier Code ». Il permet d'identifier une banque ou un établissement financier de manière unique. Ce code BIC est indispensable pour que votre banque soit reconnue par le service de paiement

Service /DG :

Niveau* : A- B-C-D- Management *Statutaire/Contractuel

Numéro de fonctionnaire ou Numéro de matricule ou Emplid² :

Adresse mail :

Numéro de téléphone ou GSM :

Date et signature .././....

**Biffer la mention inutile*

Nous traiterons vos données personnelles conformément à la législation belge et européenne en matière de protection de la vie privée, en particulier le règlement RGDP (2016/679) concernant le protection des données personnelles et la libre circulation de ces données. Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles, consultez notre déclaration de confidentialité sur [notre site](#).

A compléter par le prestataire

Je soussigné·e,.....

prestataire agréé par (biffer la mention inutile):

- - la Commission des psychologues
- - détenteur d'un visa ou agrément délivré par le SPF Santé publique, certifie avoir assuré les séances de psychologie clinique
- - adhérent à un réseau de soins en santé mentale de l'INAMI

Date de la prestation	Montant payé par le ou la patient·e
1.	€
2.	€
3.	€
4.	€
5.	€
6.	€

² Le numéro fonctionnaire ou Emplid ou numéro de matricule. A demander éventuellement à votre service du personnel

7.	€
8.	€

Date : .././....

Signature et coordonnées du prestataire :