

# ATTESTATION DE PRESTATION

## Intervention en diététique

A compléter par le prestataire \*

NOM et prénom du patient / de la patiente

BILAN \*\*

SEANCE DE SUIVI

Date de la prestation :   -   -

Montant payé :     ,   €

Numéro d'agrération :

Cachet et signature du prestataire

Pour introduire une demande  
de remboursement, vous devez  
**OBLIGATOIREMENT**  
coller ici votre vignette rose de mutuelle.

\* cette attestation n'est pas valable dans le cadre du passeport diabétique.

\*\* pour bénéficier de l'intervention du service pour le bilan diététique, il convient de joindre la prescription médicale.

Les informations à caractère personnel qui vous sont demandées seront enregistrées et utilisées par votre mutualité pour établir vos droits au service susmentionné organisé dans le cadre de l'assurance libre et complémentaire (loi du 6.8.1990 relative aux mutualités). La loi du 8.12.1992 sur la protection de la vie privée accorde aux personnes que ces informations concernent un droit d'accès et de rectification.

**La Mutualité Socialiste**  
à vos côtés

