

VOM VERSICHERTEN AUSZUFÜLLEN

ODER PLATZIERE DEINEN AUFKLEBER HIER

Name : .....

Vorname : .....

Nationalregisternummer : .....

Strasse, N° : .....

Plz, Ortschaft : .....

Telefonnummer : .....

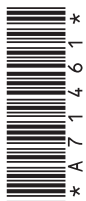
Email-Adresse : .....

VOM LEISTUNGSERBRINGER AUSZUFÜLLEN

Ich Unterzeichnete (r) .....

Fusspfleger (in), bestätige an den obengenannten Patienten folgende Pflege ausgeübt zu haben an folgenden Daten:

Datum	Bezahlter Betrag	Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers
...../...../.....	.....	.....
...../...../.....	.....	.....
...../...../.....	.....	.....
...../...../.....	.....	.....
...../...../.....	.....	.....
...../...../.....	.....	.....
...../...../.....	.....	.....
...../...../.....	.....	.....



Sie möchten eine schnelle Bearbeitung? Laden Sie Ihr ausgefülltes Formular mit wenigen Klicks über den Reiter «Dokument senden» in MyMutualia hoch. Das Original in Papierform ist nicht mehr erforderlich. Einfach, schnell, effizient!

In Übereinstimmung mit der Europäischen Verordnung zum Datenschutz vom 27. April 2016 („RGPD“) teilen wir Ihnen mit, dass wir Ihre Daten im Rahmen unserer Mission zur Teilnahme an der Durchführung der obligatorischen Kranken- und Haftpflichtversicherung unter der Verantwortung der UNMN (Nationaler Union der neutralen Krankenkassen), verantwortlich für die Bearbeitung der föderalen Angelegenheiten und der SMR der neutralen Krankenkassen, verantwortlich für die Bearbeitung der regionalen Angelegenheiten. Für weitere Informationen laden wir Sie ein, unsere Datenschutzerklärung zu konsultieren oder uns unter [info@mutualia.be](mailto:info@mutualia.be) zu kontaktieren.

VERWALTUNGSSITZ

Place Verte, 41  
4800 Verviers  
Tél. 087 31 34 45

HAUPTSITZ

Bd Brand Whitlock, 87/93 bte 4  
1200 Woluwe-Saint-Lambert  
Tél. 02/733 97 40

[info@mutualia.be](mailto:info@mutualia.be)  
[www.mutualia.be](http://www.mutualia.be)  
BE47 3480 0300 8680