

PREVENTION ET DEPISTAGE

COORDONNEES DU CLIENT (écrire en majuscules ou coller une vignette d'identification)

N° d'affiliation : _____
 Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____
 CP et Localité : _____

Apposer ici une vignette de la mutualité

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Je soussigné(e), docteur en médecine déclare

☐ avoir effectué en date du / / un examen préventif de dépistage (*)

- ☐ du cancer
- ☐ des maladies cardio-vasculaires
- ☐ des allergies
- ☐ des affections respiratoires
- ☐ de la surdité du nouveau-né
- ☐ de l'ostéoporose
- ☐ du diabète
- ☐ de la surdité (bilan auditif)
- ☐ des affections des yeux (bilan ophtalmologique)
- ☐ des troubles du sommeil

☐ avoir effectué en date du / / un examen médical d'aptitude sportive

(*) Cocher la case correspondante

Signature du médecin

Cachet du médecin

Pour bénéficier de cet avantage, il faut être inscrit(e) et en règle de cotisations aux Avantages Partenamut. Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire à la date de la prestation. Les conditions actuelles d'intervention pour cet avantage sont consultables sur notre site via le lien <https://www.partenamut.be/fr/remboursements-avantages/depistage-prevention> ou en scannant le QR-code.

