part&namut
Cultivons votre santé

Avantages Partenamut
Demande d'intervention

ADDICTOLOGIE

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 CENTRE D'ADDICTOLOGIE

Le/la responsable du centre d'addictologie (nom du centre)

---

certifie que les soins ou examens ci-après sont liés au bilan/dépistage précoce d'une addictologie (*).

Date	Ticket modérateur légal	Prestataire / Laboratoire
☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐	☐☐☐ , ☐☐ €	
☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐	☐☐☐ , ☐☐ €	
☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐	☐☐☐ , ☐☐ €	
☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐	☐☐☐ , ☐☐ €	

(*) Biffer les cases inutilisées

Signature du/de la responsable du centre

Cachet du centre

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 ou en scannant le QR-code.

Partenamut - N° entreprise 0411.815.280 (loi du 06 août 1990) - Boulevard Louis Mettewie 74/76 - 1080 Bruxelles

A509GT0751000000000000000000000000A