part&namut
Cultivons votre santé

Avantages Partenamut
Demande d'intervention

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.

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

A509GT07610000000000000000000000000A