

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.

