PARTENAMUT
On vous simplifie la santé.

DÉPISTAGE PRÉVENTIF DU DIABÈTE DE TYPE 2

Demande d'intervention dans le cadre de l'Assurance Complémentaire

COORDONNÉES DU CLIENT (écrire en majuscule ou collez une vignette d'identification)

N° de registre national : _____

N° d'affiliation : 527/ _____

Nom : _____

Collez ici une vignette

Prénom : _____

Rue : _____ N° : _____ Bte : _____

Code postal : _____ Localité : _____

À COMPLÉTER PAR LE MEDECIN :

Je soussigné(e), docteur en médecine (nom, prénom) : _____

déclare avoir effectué un examen de dépistage préventif du diabète de Type 2 chez le/la patient(e) dont les coordonnées sont indiquées ci-dessus.

Le diagnostic posé est le suivant :

- ☐ Le patient est diabétique
- ☐ Le patient souffre d'une intolérance au glucose ou d'une anomalie de la glycémie à jeun
- ☐ Le patient a une glycémie normale

Date du diagnostic : _____ / _____ / _____

Signature et cachet du medecin :

L'intervention forfaitaire de 10 € est octroyée, à tout bénéficiaire, pour une consultation chez votre médecin traitant, tous les trois ans. Le remboursement est annuel pour les personnes présentant d'une intolérance au glucose ou d'une anomalie de la glycémie à jeun.

Pour bénéficier de l'intervention, l'affilié(e) doit être en règle de cotisations en Assurance Complémentaire.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'Assurance Complémentaire valables à partir du 01/01/2013.

Les données collectées sont utilisées pour le suivi de votre demande et sauf opposition de votre part, à des fins d'information sur les activités et services de Partenamut. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données, en vous adressant au responsable du traitement : Partenamut, bd Anspach 1 - 1000 Bruxelles. Partenamut N° d'entreprise 0411.776.579, agent d'assurances (n° OCM 5007c) pour la Société Mutualiste d'Assurance (SMA) « Mutuelle Entraide Hospitalisation », rue Saint-Hubert 19, 1150 Bruxelles, RPM Bruxelles, (422.189.629, n° OCM 750/01)