

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

N° de registre national:

N° d'affiliation:

Nom:

Prénom:

Rue:

Code Postal:

Localité:

apposer ici une vignette de la mutualité

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Je soussigné, docteur en médecine déclare

avoir effectué en date du un examen préventif de dépistage

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

Date

Signature du médecin

Cachet du médecin

L'intervention s'élève à 10€examen ou dépistage. - Plafond annuel: 50 €(5 fois par année civile)

Pour y avoir droit, il faut être inscrit(e) et en règle de cotisations aux avantages Partenamut.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2019.

