

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

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 (01)
  - des maladies cardio-vasculaires (02)
  - des allergies (03)
  - des affections respiratoires (04)
  - de la surdité du nouveau-né (05)
  - d'ostéoporose (06)
  - du diabète (07)
  - du bilan auditif (08)
  - des affections des yeux (bilan ophtalmologique) (09)
  - des troubles du sommeil (11)
- avoir effectué en date du      un examen médical d'aptitude sportive (10)

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 01/01/2021.

