

## Remboursement dépistage cancer du sein

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° registre national : \_\_\_\_\_

N° Bénéficiaire : \_\_\_\_\_

Rue, N° (Bte) : \_\_\_\_\_ Code Postal et localité : \_\_\_\_\_

N° fixe ou GSM : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Appelez une vignette d'identification  
ou  
complétez les infos ci-contre.

### ***A compléter par le médecin***

Je soussigné(e), docteur en médecine, (nom et prénom) : \_\_\_\_\_  
certifie sur l'honneur avoir effectué un examen de dépistage du cancer du sein à (nom et prénom de la patiente) \_\_\_\_\_.

Examen réalisé le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Numéro nomenclature de la prestation : \_\_\_\_\_

Prix réclamé : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ € (consultation et mammographie)

Tickets modérateurs perçus : OUI / NON

Date de signature :

Cachet et signature du médecin :

Intervention en vigueur à partir du 01/01/2017 (conditions statutaires).

Le montant de l'intervention correspond au ticket modérateur légal pour les examens médicaux s'inscrivant dans le cadre d'un dépistage de certaines maladies graves (cancer du sein, cancer de la prostate, cancer du colon et des intestins, ostéoporose, maladie cardio-vasculaires et diabète de type II) et est plafonné à 25 € par bénéficiaire par année civile.

Pour bénéficier de cette intervention, il faut être en règle de cotisations à La Complémentaire.

*Cadre réservé à la mutualité*

| Code prestation | Libellé     |
|-----------------|-------------|
| 809502          | Bilan santé |

