

Remboursement dépistage maladies cardio-vasculaires

Nom : _____

Prénom : _____

N° registre national : _____

N° Bénéficiaire : _____

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

N° fixe ou GSM : _____ Email : _____

Apposez 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 des maladies cardio-vasculaires à (nom et prénom du/de la patient(e)) _____.

Examen réalisé le : _____ / _____ / _____

Numéro nomenclature de la prestation : _____

Prix réclamé : _____, _____ € (consultation, analyse de sang et électrocardiogramme)

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

