

## Remboursement dépistage mort subite du nourrisson

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 de la mort subite du nourrisson (nom et prénom du/de la patient(e)) \_\_\_\_\_.

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

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

Prix réclamé : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ € (Prestations liées à la polysomnographie)

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) ainsi que le dépistage de la mort subite du nourrisson. Ces dépistages sont plafonnés 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

