

CONDITIONS

Intervention de 25,00 € maximum par année civile, toutes maladies confondues, sur les prestations visant à prévenir :

- ✓ le cancer du sein ;
- ✓ le cancer de la prostate ;
- ✓ le cancer du côlon et des intestins ;
- ✓ l'ostéoporose ;
- ✓ le diabète de type II ;
- ✓ les maladies cardio-vasculaires.

Ⓞ Intervention octroyée uniquement sur base des statuts en vigueur au moment de la prestation.

A COMPLETER PAR L’AFFILIE(E) OU APPOSEZ UNE VIGNETTE D’IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénom : _____ Numéro national : * _____ - _____ - _____ * Rue et n° : _____ Code postal et commune : _____ N° de téléphone : _____ / _____ Adresse e-mail : _____ @ _____	OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI
--	----------------------------------

A COMPLETER PAR LE MEDECIN

Je soussigné(e) _____, docteur en médecine, déclare avoir effectué un examen le ___ / ___ / _____ chez le/la patient(e) susnommé(e) dans le cadre du dépistage :

- de l'ostéoporose : code nomenclature _____ montant _____, _____ €_(consultation + ostéodensitométrie)
- du cancer du sein : code nomenclature _____ montant _____, _____ €_(consultation + mammographie)
- du cancer du côlon et des intestins : code nomenclature _____ montant _____, _____ €_(consultation)
- du cancer de la prostate : code nomenclature _____ montant _____, _____ €_(consultation)
- des maladies cardio-vasculaires : code nomenclature _____ montant _____, _____ €_(consultation)
- du diabète de type II : code nomenclature _____ montant _____, _____ €_(consultation)

Cachet et signature du médecin : _____ Date : ___ / ___ / _____

Pour un traitement plus rapide, renvoyez-nous ce formulaire dûment complété via l'onglet « **envoyer un formulaire** » de votre guichet en ligne « **MySymbio** ». Dans ce cas, l'original n'est plus nécessaire.

