

# intervention examens préventifs



Comment demander ce remboursement ?

**Grâce à MonPartena, votre mutualité en ligne ou à l'appli de la Mutualité Partena :** prenez une photo ou un scan du formulaire complété et demandez votre remboursement de manière numérique.

**Par courrier adressé à Mutualité Partena, Sluisweg 2 bte 1, 9000 Gent.**

## La Mutualité Partena

accorde une intervention de 10 euros par examen de dépistage des allergies, des maladies cardiovasculaires, des affections des voies respiratoires, du cancer, du diabète et/ou de l'ostéoporose, et ce jusqu'à concurrence de 3 consultations et/ou examens par année calendrier. L'examen doit être effectué ou avoir été prescrit par un médecin, à l'exception de l'autotest.

Les applis médicales ne sont pas prises en considération pour une intervention dans le cadre de l'avantage 'Examens préventifs'. Un avantage distinct 'Applications médicales' existe à cet effet.

## Qui peut en bénéficier ?

- Toute personne payant régulièrement les cotisations mutualistes.
- Nouvelle condition en 2020 ; l'intervention n'est accordée que si l'assurance maladie légale ne prévoit pas d'intervention.

## Que faire pour en bénéficier ?

- Faites compléter et viser le document par le médecin. (Pas nécessaire pour l'autotest du cancer colorectal.)
- Pour l'autotest du cancer colorectal, faites compléter et viser le document par le pharmacien.

### Coordonnées du client ou vignette

Vignette

### A compléter par le médecin prescripteur et le dispensateur de soins (pas nécessaire pour l'autotest du cancer colorectal)

J'atteste, par la présente, avoir effectué ou prescrit pour :

Nom : ..... Prénom : .....

en date du : .....

un examen préventif pour le dépistage, non remboursé dans le cadre de l'assurance maladie légale :

- du diabète                       du cancer                       des maladies cardiovasculaires  
 de l'ostéoporose                       des allergies                       des affections des voies respiratoires

Codes de nomenclature attestés : .....

Montant payé : .....

Signature et cachet du médecin prescripteur et du dispensateur de soins :

### Uniquement pour l'autotest du cancer colorectal, faites compléter et viser le document par le pharmacien.

Je confirme par la présente que :

Nom : ..... Prénom : .....

en date du : .....

A acheté un autotest du cancer colorectal.

Montant payé : .....

Signature et cachet du pharmacien

