

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

