

BEDINGUNGEN

Eine maximale Rückerstattung von 50 € pro Ziviljahr , für alle Krankheiten zusammengenommen, die sich auf folgende krankheitsvorbeugende Untersuchungen beziehen : Brustkrebs, Prostatakrebs, Darm-und Dickdarmkrebs, Osteoporose, Diabetes Typ 2, Herz-Kranzgefässerkrankungen, Neurodegenerative Erkrankungen oder von AIDS.

VOM VERSICHERTEN AUSZUFÜLLEN

Name :
 Vorname :
 Nationalregisternummer :
 Strasse, N° :
 Plz, Ortschaft :

Oder

PLATZIERE DEINEN
AUFKLEBER HIER

Telefonnummer :
 Email-Adresse :

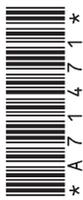
VOM ARZT AUSZUFÜLLEN

Ich, Doktor in Medizin (Name und Vorname) :
 bestätige eine Untersuchung ausgeführt zu haben am :/...../..... bei dem obengenannten Patienten im Rahmen der folgenden Vorsorgeuntersuchung :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Der Osteoporose
Nomenklaturnummer der Untersuchung :
Bezahlter Betrag :(Untersuchung + Knochendichtemessung) | <input type="checkbox"/> Des Diabetes Typ 2
Nomenklaturnummer der Untersuchung :
Bezahlter Betrag : (Untersuchung) |
| <input type="checkbox"/> Des Brustkrebs
Nomenklaturnummer der Untersuchung :
Bezahlter Betrag :(Untersuchung + Mammographie) | <input type="checkbox"/> Des Prostatakrebs
Nomenklaturnummer der Untersuchung :
Bezahlter Betrag : (Untersuchung) |
| <input type="checkbox"/> Des Darm -und Dickdarmkrebs
Nomenklaturnummer der Untersuchung :
Bezahlter Betrag :(Untersuchung) | <input type="checkbox"/> AIDS
Bezahlter Betrag : (Blutabnahme) |
| <input type="checkbox"/> Der Herz-Kranzgefässkrankheiten
Nomenklaturnummer der Untersuchung :
Bezahlter Betrag :(Untersuchung) | <input type="checkbox"/> Neurodegenerative Erkrankungen
Bezahlter Betrag : (Untersuchung) |

Datum :/...../.....

Unterschrift und Stempel des Arztes :



Senden Sie uns dieses ordnungsgemäß ausgefüllte Formular zur schnelleren Bearbeitung über die Tab «ein Dokument senden» unseres Online Schalter «MyMutualia».In diesem Fall ist das Original nicht mehr erforderlich.

In Übereinstimmung mit der Europäischen Verordnung zum Datenschutz vom 27. April 2016 („RGPD“) teilen wir Ihnen mit, dass wir Ihre Daten im Rahmen unserer Mission zur Teilnahme an der Durchführung der obligatorischen Kranken- und Haftpflichtversicherung unter der Verantwortung der UNMN (Nationaler Union der neutralen Krankenkassen), verantwortlich für die Bearbeitung der föderalen Angelegenheiten und der SMR der neutralen Krankenkassen, verantwortlich für die Bearbeitung der regionalen Angelegenheiten. Für weitere Informationen laden wir Sie ein, unsere Datenschutzerklärung zu konsultieren oder uns unter info@mutualia.be zu kontaktieren.