

## Dépistage du diabète de type II

<b>Nom :</b> _____ <b>Prénom :</b> _____ <b>N° registre national :</b> _____ <b>Rue, N° (Bte) :</b> _____ <b>Code Postal et localité :</b> _____ <b>N° fixe ou GSM :</b> _____ <b>Email :</b> _____	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 du diabète de type II à (nom et prénom du/de la patient(e)) \_\_\_\_\_.

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

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

Prix réclamé : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ € (consultation)

Tickets modérateurs perçus : OUI / NON

Date de signature :

Cachet et signature du médecin :

Intervention en vigueur à partir du 01/01/2020 (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) et est plafonné à 2 examens médicaux soit 2 x 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

