

**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 : .....

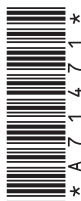
**VOM ARZT AUSZUFÜLLEN**

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

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

Unterschrift und Stempel des Arztes :



Sie möchten eine schnelle Bearbeitung? Laden Sie Ihr ausgefülltes Formular mit wenigen Klicks über den Reiter «Dokument senden» in MyMutualia hoch. Das Original in Papierform ist nicht mehr erforderlich. Einfach, schnell, effizient!

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.

VERWALTUNGSSITZ  
Place Verte, 41  
4800 Verviers  
Tél. 087 31 34 45

HAUPTSITZ  
Bd Brand Whitlock, 87/93 bte 4  
1200 Woluwe-Saint-Lambert  
Tél. 02/733 97 40

info@mutualia.be  
www.mutualia.be  
BE47 3480 0300 8680