

## AVANTAGE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

### DÉPISTAGE DU CANCER DU CÔLON

Bénéficiaire :	
Adresse :	
N° d'affiliation :	N.I.S.S. :

#### Conditions d'intervention

*Pour avoir droit à l'intervention, l'affilié doit être en règle de cotisations à l'assurance complémentaire.*

*L'intervention est fixée à 10,00 EUR sans pour autant dépasser le montant restant à charge du bénéficiaire.*

*Elle sera accordée une fois par an.*

*Seuls les statuts déterminent les droits et obligations des membres et ceux de la mutualité.*

#### A compléter par le médecin

Le/la soussigné(e) .....  
(cachet du médecin)

déclare avoir pratiqué en date du .....un examen du cancer du côlon auprès de la personne mentionnée ci-dessus.

Montant payé : .....

Date : .....

Signature du médecin .....