

**Maladies graves - infirmité motrice cérébrale - maladie
métabolique rare**

Demande d'intervention dans le cadre des Services Complémentaires.

Données du bénéficiaire :	ou coller une vignette bleue
N° NISS :	
Nom :	
Prénom :	
Rue :	N°: Bte :
Code postal :	Localité

A compléter par le médecin généraliste ou spécialiste:

Je soussigné(e)
déclare que le bénéficiaire susnommé est atteint

- de la sclérose en plaques
- de la maladie de Parkinson
- de la poliomyélite
- d'une maladie métabolique rare
- d'une infirmité motrice cérébrale
- d'une maladie grave* nécessitant la poursuite d'un traitement lié à cette pathologie
préciser la pathologie parmi celles prises en compte.....

* (cancer, leucémie, méningite cérébro-spinale, maladie de Hodgkin, sida, affection rénale nécessitant une dialyse, colite ulcéreuse(RCH), maladie de Crohn, myopathie).

numéro INAMI (médecin) :

Cachet	Date et signature:
--------	--------------------

!!! Ce document doit être accompagné d'un rapport médical daté de moins d'un an !!!

CADRE RESERVE AU GESTIONNAIRE MUTUALISTE	Nomenclature :
---	----------------

L'UNML et ses mutualités récoltent ces données personnelles dans le but de vous informer des avantages et services dans le cadre de l'assurance libre et complémentaire. La loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée octroie un droit d'accès et de rectification à la personne sur qui portent les données. Des informations complémentaires sur le traitement de ces données personnelles peuvent être obtenues auprès de la Commission de la protection de la vie privée.

