



Afin de bénéficier du remboursement, vous devez remplir ce formulaire, le transmettre à votre mutualité et être en ordre de cotisations.
Retrouvez les adresses de nos agences sur www.ml.be ou scannez le QR code.
Vous pouvez également l'envoyer par mail à contact414@ml.be.



Dépistage des maladies graves

Vos données	
Nom et prénom	
Adresse	
Numéro de registre national	
Adresse e-mail	

A remplir par le médecin traitant

Je soussigné Dr. avoir effectué en date du/...../..... un examen préventif de dépistage (*).

- De l'Ostéoporose (ostéodensitométrie)
- Du Cancer du Sein (mammographie)
- Du Cancer de la Prostate (analyse de sang)
- Du Cancer du Côlon (colonoscopie)
- Du Cancer de la Peau (dépistage par un dermatologue) (*) cocher l'examen réalisé

Prix réclamé €

Nom, adresse et/ou cachet du médecin traitant

Date: ____ / ____ / ____

Signature du médecin: