

programme de dépistage du cancer du sein prise en charge de la mammographie

arrêtés des 24.09.2001 et 27.09.2001

Vous êtes invitée à participer à un dépistage organisé du cancer du sein.
Cet examen est pris en charge à **100 % par l'Assurance Maladie** et sans avance de frais de votre part.

Pour ce faire, il vous suffit de remettre la présente prise en charge à un médecin radiologue que vous aurez choisi sur la liste accompagnant l'invitation.

Attention : cette prise en charge comprend **une mammographie bilatérale de dépistage (cliché des deux seins) et les éventuels clichés radiologiques complémentaires**. Les autres examens complémentaires, éventuellement pratiqués, sont pris en charge dans les conditions habituelles. Elle n'est **valable que trois mois** à compter de sa date de délivrance indiquée ci-dessous.

date de délivrance de la prise en charge :

| x | x | x | x | x | x | x | x |

Expéditeur : CPAM de xxxxxxxx ,xxx rue xxxxxxxxxx – xxxxxxxxxx
SLM...ou MSA ou non non

à remettre au praticien
chargé d'effectuer la mammographie

partie préidentifiée par l'organisme d'assurance maladie

n° d'immatriculation de l'assuré(e) : | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |

nom de naissance, d'épouse et prénom de la bénéficiaire du dépistage : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

date de naissance de la bénéficiaire du dépistage : | x | x | x | x | x | x | x | x |

adresse de la bénéficiaire : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

code postal | x | x | x | x | x | commune : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

code organisme délivrant la prise en charge : | x | x | x | x | x | x | x | x | x |

partie à compléter par le médecin radiologue

mammographie de dépistage effectuée le : | | | | | | | |

nom et signature du praticien ayant effectué la mammographie

cachet du praticien ou de l'établissement

formulaire à adresser par le praticien à la structure de gestion dont l'adresse suit :

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx