

A REMPLIR PAR NOS SERVICES :
 N° DOSSIER :
 DATE :



FRAIS DE DEPISTAGE (A JOINDRE A CHAQUE ENVOI)

RENSEIGNEMENTS GENERAUX OBLIGATOIRES (IDENTIFICATION – REMPLIR EN MAJUSCULE SVP)	
Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Téléphone : <input type="text"/>
Rue et n° : <input type="text"/>	
Code postal et localité : <input type="text"/>	
Mail de contact, de préférence privé (*): <input type="text"/>	
Numéro de compte bancaire : <input type="text"/>	
A REMPLIR UNIQUEMENT EN CAS DE DECES DU BENEFICIAIRE DIRECT (dans ce cas, le cadre ci-dessus de renseignements généraux doit alors concerner le bénéficiaire indirect)	
Nom du bénéficiaire direct : <input type="text"/>	
Prénom du bénéficiaire direct : <input type="text"/>	
Date de naissance du bénéficiaire direct : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

A COMPLETER PAR LE RESPONSABLE DU DEPISTAGE	
DEFINITION : Par dépistage, il est entendu : « <i>Tout examen clinique ou paraclinique, prescrit par un médecin et réalisé en vue de détecter la présence éventuelle d'une pathologie chez des personnes a priori en bonne santé et donc asymptomatiques</i> ». Ceci hors suivi gratuit de médecine du travail.	
Je soussigné(e) (nom et prénom du médecin) :, certifie que (nom et prénom de la personne se faisant dépister) fait un dépistage de type (indiquer le numéro du type de dépistage concerné en référence à la nomenclature figurant au verso : de 1 à 12).	
DATE :/...../.....	Signature :
<small>(VOIR DELAI D'ENVOI AU VERSO)</small>	
Cachet du médecin et numéro INAMI :	<input style="width: 100%; height: 50px;" type="text"/>

➤ **DOCUMENTS NECESSAIRES / ACCEPTES :**

- Nécessaire au format papier **avec chaque envoi** :
 - Ce formulaire dûment complété (à joindre à chaque envoi)
- Si vous demandez le remboursement pour un bénéficiaire indirect : une fois par an (soit dans votre espace personnel du site internet du Service Social, soit par mail à beneficiaires@ssrw.be , soit par voie postale) :
 - une composition de ménage de l'année civile de référence.
Disponible sur : <http://www.ibz.rrn.fgov.be>

➤ **DELAÏ :**

- **A renvoyer avec vos frais médicaux, ou à défaut, dans les SIX MOIS qui suivent le dépistage**

➤ **CONDITIONS DE TRAITEMENT DU DOSSIER :**

○ **UN SEUL DEPISTAGE PAR FORMULAIRE**

- Envoi uniquement au format papier (**pas par mail, ni par le site internet du Service social**), soit :
 - par voie postale (Rue Dewez, 49 à 5000 NAMUR)
 - via la navette postale du SPW
 - par dépôt à l'accueil du Service social
- Le Service social des Services du Gouvernement wallon (SSRW) intervient dans les frais de dépistage pour ses bénéficiaires directs (actifs et retraités) ainsi que pour leur conjoint et leurs enfants à charge. Chaque bénéficiaire a droit à un dépistage de chaque type (il y a 12 types décrits dans la nomenclature figurant ci-dessous) selon la fréquence maximale et les conditions ci-dessous.

Type	Type de dépistage	Forfait	Fréquence maximale du remboursement	Conditions de remboursement :
1	cancer du colon	15 euros	Une fois par 10 ans	
2	cancer du col de l'utérus	20 euros	Une fois par 1 an	>18 ans, sexe féminin
3	cancer du sein	15 euros	Une fois par 18 mois	
4	cancer de la prostate	15 euros	Une fois par 1 an	>50 ans, sexe masculin
5	cancer de la peau : mélanome	15 euros	Une fois par 1 an	
6	cancer des poumons et/ou des bronches	20 euros	Une fois par 1 an	
7	diabète (hyperglycémie)	25 euros	Une fois par 1 an	
8	glaucome & DMLA	15 euros	Une fois par 1 an	>50 ans
9	hypertension artérielle & cœur et/ou infarctus	20 euros	Une fois par 1 an	>50 ans
10	ostéoporose	30 euros	Une fois par 5 ans	>50 ans
11	suspicion d'une maladie génétique familiale	30 euros	Une seule fois	
12	parodontite	15 euros	Une fois par 1 an	>50 ans

NOTICE D'INFORMATION QUANT A LA COLLECTE DE DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Les informations recueillies au sein de cette demande d'intervention sont enregistrées par le Service Social des Services du Gouvernement Wallon pour la gestion de votre dossier de dépistage. / La base légale du traitement est l'exercice d'une tâche d'intérêt général. / Certaines des données collectées dans ce formulaire peuvent relever de catégories particulières de données, notamment des données relatives à la santé. Leur traitement repose sur l'article 9 §2 b) du RGPD /Les données collectées au sein de la demande d'intervention sont à usage interne. / Le formulaire ne sera pas partagé avec d'autres organisations. / Elles sont conservées tant que la personne est bénéficiaire au sein du Service Social des Services du Gouvernement Wallon et 7 ans après la perte de ce statut. / Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. / Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données via mail à dpo@ssrw.be . / Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à l'Autorité de Protection des Données. Consultez le site www.autoriteprotectiondonnees.be pour plus d'informations sur vos droits.