



COORDONNEES DU CLIENT (écrire en majuscule ou coller une vignette d'identification)

N° de registre national:

N° d'affiliation:

Nom:

Prénom:

Rue:

Code Postal:

Localité:

apposer ici une vignette de la mutualité

A COMPLETER PAR LE PHARMACIEN:

Je soussigné(e), pharmacien(ne) (nom, prénom): _____

déclare avoir délivré à l'affilié(e) dont les coordonnées ci-dessus:

Vaccin anti-infectieux

Vaccin désensibilisant

Médicaments antihistaminiques
allopathiques

Nom du produit: _____

Montant réclamé: €

Date:

Signature du pharmacien

Cachet du pharmacien

L'intervention est octroyée dans le coût :

- des vaccins anti-infectieux achetés sur le territoire belge ou dans un pays limitrophe (Pays-Bas, Allemagne, Luxembourg, France), à concurrence de 25€/par année civile par bénéficiaire.

- des désensibilisants achetés sur le territoire belge ou dans un pays limitrophe (Pays-Bas, Allemagne, Luxembourg, France) à concurrence d'un montant maximal de 75€/ année civile / bénéficiaire durant maximum 3 années civiles consécutives, tenant compte de la date des factures d'achat.

L'intervention n'est accordée que pour un seul traitement de désensibilisation dans la vie du bénéficiaire.

- des médicaments antihistaminiques allopathiques achetés sur le territoire belge ou dans un pays limitrophe (Pays-Bas, Allemagne, Luxembourg, France), à concurrence de 25€/ année civile / bénéficiaire après intervention de l'assurance obligatoire, avec un maximum de 5€/par médicament antihistaminique acheté.

Pour bénéficier de l'intervention, l'affilié(e) doit être en règle de cotisations aux avantages Partenamut.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2020.

