

CONDITIONS

Une intervention de 50% du prix payé avec un maximum de 50€ par année est accordée pour les médicaments phytothérapeutiques prescrits par un médecin.

À COMPLÉTER PAR L’AFFILIÉ(E)

OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Nom :

Prénom :

Numéro national :

Rue et n° :

CP et commune :

Tél. :

E-mail :

À COMPLÉTER PAR LE PHARMACIEN

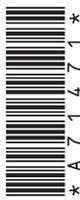
Je soussigné(e) (nom et prénom) :

déclare que les médicaments repris ci-dessous :

- sont phytothérapeutiques
- ne sont pas repris comme compléments alimentaires

Date : / /

Signature et cachet du pharmacien :



Pour un traitement plus rapide, renvoyez-nous ce formulaire dûment complété via l’onglet «envoyer un document» de notre guichet en ligne «MyMutualia». Dans ce cas, l’original n’est plus nécessaire.

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (« RGPD »), nous vous informons que nous traitons vos données dans le cadre de notre mission de participation à l’exécution de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sous la responsabilité de l’UNMN (l’Union nationale des mutualités neutres), responsable du traitement pour les matières fédérales et des SMR des mutualités neutres, responsables de traitement pour les matières régionalisées. Pour tous renseignements complémentaires, nous vous invitons à consulter notre déclaration vie privée ou à nous contacter à info@mutualia.be.