

BEDINGUNGEN

Beteiligung von 60% der Kosten der Allergie- und Immuntherapie, während der 3-jährigen Behandlung, auf Basis der Verschreibung eines Facharztes (einmalig im Leben).

VOM VERSICHERTEN AUSZUFÜLLEN

ODER PLATZIERE DEINEN AUFKLEBER HIER

Name :

Vorname :

Nationalregisternummer :

Strasse, N° :

Plz, Ortschaft :

Telefonnummer :

Email-Adresse :

DURCH DEN ARZT AUSZUFÜLLEN

Ich Unterzeichnete(r),

Arzt Spezialist in : allergologie pneumologie HNO dermatologie

Bescheinige den Befund bei meinem Patienten (name und vorname) :

eines allergische Rhinitis und / oder allergisches Asthma verursacht durch eine Sensibilisierung auf :

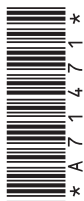
..... Überprüft durch : allergischer Hauttest, blutdosierungsrage IgE spezifisch.

Ich bestätige, dass die allergischen Symptome meines Patienten hauptsächlich durch diese(s) Allergen(e) verursacht wird, werden. Da die Lebensqualität meines Patienten unverändert bleibt trotz den Versuch der Verdrängungsversuches des Allergens und die Nutzung symptomatischer Behandlungen, beantrage ich die Rückerstattung eines ITA von...../...../..... für eine Dauer von...../...../..... bis...../...../.....

 Sublinguale Tablette Gräser ITA Sublinguale in Tropfen (oder ITA sous-cutanée) 5 Gräser Mischung Dpt/Dfar (50/50) Dpt 100% Mischung betulacees Birke 100% Verschiedenes :

Datum :/...../.....

Stempel des Arztes :



Sie möchten eine schnelle Bearbeitung? Laden Sie Ihr ausgefülltes Formular mit wenigen Klicks über den Reiter «Dokument senden» in MyMutualia hoch. Das Original in Papierform ist nicht mehr erforderlich. Einfach, schnell, effizient!

In Übereinstimmung mit der Europäischen Verordnung zum Datenschutz vom 27. April 2016 („RGPD“) teilen wir Ihnen mit, dass wir Ihre Daten im Rahmen unserer Mission zur Teilnahme an der Durchführung der obligatorischen Kranken- und Haftpflichtversicherung unter der Verantwortung der UNMN (Nationaler Union der neutralen Krankenkassen), verantwortlich für die Bearbeitung der föderalen Angelegenheiten und der SMR der neutralen Krankenkassen, verantwortlich für die Bearbeitung der regionalen Angelegenheiten. Für weitere Informationen laden wir Sie ein, unsere Datenschutzerklärung zu konsultieren oder uns unter info@mutualia.be zu kontaktieren.

VERWALTUNGSSITZ

Place Verte, 41
4800 Verviers
Tél. 087 31 34 45

HAUPTSITZ

Bd Brand Whitlock, 87/93 bte 4
1200 Woluwe-Saint-Lambert
Tél. 02/733 97 40

info@mutualia.be
www.mutualia.be
BE47 3480 0300 8680