

Une intervention de **50%** du prix d'achat **avec un maximum de 75,00 €** par année civile, ce pour maximum 3 années consécutives et limitée à une fois dans la vie du bénéficiaire, est accordée dans les frais de l'immunothérapie allergénique (ITA) pour autant que l'allergie ait été attestée par un médecin reconnu par l'INAMI et formé en allergologie (ORL, pneumologue, dermatologue ou pédiatre).

CONDITIONS

Présenter le formulaire mis à disposition par la mutualité dûment complété et signé par le médecin, accompagné des documents BVAC émis par la pharmacie.

Intervention octroyée uniquement sur base des statuts en vigueur au moment de la prestation.

A COMPLETER PAR L’AFFILIE(E) OU APPOSEZ UNE VIGNETTE D’IDENTIFICATION

Nom : _____
Prénom : _____
Numéro national : * _____ - _____ - _____ *
Rue et n° : _____
Code postal et commune : _____
N° de téléphone : _____ / _____
Adresse e-mail : _____ @ _____

OU
APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

A COMPLETER PAR L’ALLERGOLOGUE

Je soussigné(e) _____, médecin spécialiste :

ORL pneumologue dermatologue pédiatre

déclare que la personne susnommée est atteint :

- d'une rhinite allergique ;
 d'asthme allergique lié à une sensibilisation à un allergène objectivée par :
 tests cutanés allergiques ;
 dosage sanguin du taux d'IgE spécifiques.

et préconise un traitement d'ITA pour une durée du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

par voie : sous-cutanée sublinguale orale (comprimés enregistrés)

Cachet et signature du praticien :

Date : ____ / ____ / ____