

## SEVRAGE TABAGIQUE

Afin de pouvoir bénéficier de cette intervention, vous devez remettre ce document complété à votre mutualité.

COLLEZ ICI UNE VIGNETTE BLEUE

A COMPLETER PAR LE PHARMACIEN

Je, soussigné(e)....., déclare qu'un médicament de sevrage tabagique a été acheté pour le membre susmentionné.

Nom du médicament :

Montant payé..... €

Date du paiement:

Date et signature

Un remboursement est octroyé pour les médicaments de sevrage tabagique enregistrés auprès du SPF Santé Publique de Belgique.