Hainaut-Namur

Afin de bénéficier du remboursement, vous devez remplir ce formulaire, le transmettre à votre mutualité et être en ordre de cotisations.
Retrouvez les adresses et horaires de nos agences sur **www.ml.be** ou en scannant le QR-code.
Vous pouvez également l'envoyer par mail à l'adresse **ac409@ml.be**

Vaccins

Vos données	
Nom et prénom	
Adresse	
Numéro de registre national	
Adresse E-mail	

A compléter par le centre de vaccination

Identification du médecin prescripteur:

Nom	
Numéro INAMI	

Nom du vaccin	Date d'administration	Montant payé	Date du paiement
	____/____/_____		____/____/_____
	____/____/_____		____/____/_____
	____/____/_____		____/____/_____
	____/____/_____		____/____/_____
	____/____/_____		____/____/_____

Identification du **centre de vaccination**

Nom	
Adresse	

Date: ____ / ____ / _____

Cachet:

FACVA027-WWW

G00051