



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](http://www.ml.be) ou en scannant le QR-code.  
Vous pouvez également l'envoyer par mail à l'adresse [ac409@ml.be](mailto: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: