

PREUVE d'ACHAT de VACCINS pour voyageurs

Identification du patient

Veillez apposer ici la vignette jaune

Identification du médecin prescripteur

Nom:

Nr INAMI.:

Vaccins administrés

Nom:	Date	Prix payé par le patient pour le vaccin:
1. HEPATITE A : AVAXIM
2. HEPATITE A : EPAXAL – Amp. Inject. IM–S.C.
3. HEPATITE A: HAVRIX – Amp. Inject. I.M
4. HEPATITE A: HAVRIX – Amp. Inject. I.M. JUNIOR
5. HEPATITE A (et B) TWINRIX – Amp. Inject. I .M.
6. HEPATITE A : VAQTA junior
7. FIEVRE JAUNE: STAMARIL – Amp. S.C.
8. TYPHUS: TYPHERIX – Amp. Inject. I.M.
9. TYPHUS: TYPHIM – Amp.Inject. I.M. - S.C.
10. TYPHUS: VIVOTIF
11. ENCEPHALITE FRÜHSOM: IMMUN
12. ENCEPHALITE JAPONAISE:JE-VAX
13. MENINGITE: MENCEVAX ACYW135
14. MENINGITE : MENINGOVAX (A et C) I.M.–S.C.

Identification du centre de vaccination

Nom:

Adresse:

Cachet:



Date:

Veillez transmettre ce document dûment complété à votre mutualité.

L'ANMC et ses mutualités rassemblent ces données personnelles afin de vous informer de nos avantages et services offerts dans le cadre de l'assurance libre et complémentaire. La loi sur la protection de la vie privée du 08 12 92 autorise la personne à qui se rapportent ces données à les consulter et à les corriger. Il est possible d'obtenir plus d'informations concernant le traitement de ces données personnelles auprès de la Commission pour le respect de la vie privée.