

Remboursement immunothérapie allergénique (ITA)

Nom : _____

Prénom : _____

N° registre national : _____

Rue, N° (Bte) : _____

Code Postal et localité : _____

N° fixe ou GSM : _____

Email : _____

Appelez une vignette d'identification
ou
complétez les infos ci-contre.

A compléter par le médecin

Je soussigné(e), médecin spécialiste en

atteste la présence, chez mon patient,

 d'une rhinite allergique
 d'asthme allergique (léger à moyen)

lié à une sensibilisation à :
 pollen
 acariens
 poils d'animaux

J'atteste que les symptômes allergiques de mon patient sont principalement causés par ce(s) allergène(s).
 Etant donné que la qualité de vie de mon patient reste fortement altérée malgré la tentative d'éviction de l'allergène
 l'utilisation de traitements symptomatiques, j'atteste la nécessité d'une ITA pour la période du : / /
 au / /

Date de signature :

Cachet et signature du médecin :

Intervention en vigueur à partir du 01/01/2019 (conditions statutaires).

Le service intervient dans le coût d'un traitement d'immunothérapie allergénique à concurrence de 60% du montant restant à charge du bénéficiaire après intervention éventuelle de l'assurance obligatoire soins de santé avec un maximum de 300 € par année civile et ce, pendant trois années successives de traitement.

Pour bénéficier de cette intervention, il faut être en règle de cotisations à La Complémentaire.

Cadre réservé à la mutualité

Code prestation	Libellé
809045	Immunothérapie