Formulaire de demande de remboursement du test PCR dans le cadre du Covid 19 pour les personnes non-vaccinables

A l'attention du médecin conseil de votre mutualité.

Ce remboursement concerne :

* Nom et prénom:…………………………………………………………………………………………………………………………
* Numéro de registre national:…………………………………………………………………………………………………….
* Collez ici une vignette de la mutuelle

Le soussigné, allergologue de référence dans le cadre de la campagne de vaccination Covid 19,

confirme que le patient ci-dessus ne peut pas être vacciné en raison de (1):

forme sévère avérée d'allergie au PEG et/ou au polysorbate.

effets secondaires graves suite à la première dose. La poursuite de la vaccination à l'hôpital est considérée comme dangereuse.

Date: ……/……/20.. Signature du prestataire de soins:

Cachet du prestataire de soins:

1. Cocher la raison qui s’applique à votre patient

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Remettez cette attestation complétée par l’allergologue à votre mutualité, éventuellement accompagnée des factures de laboratoires pour les tests PCR que vous auriez déjà effectués et payés. Tous les tests effectués à partir du 28/06/2021 peuvent être remboursés.

Le médecin-conseil vous délivrera une autorisation d'un an qui sera automatiquement prolongée si la période Covid-19 est toujours en cours.

Chaque fois que vous devrez faire un test PCR, vous payez la facture et la remettez ensuite à votre mutualité qui vous remboursera en fonction des montants établis légalement.

Assurez-vous que votre mutualité dispose de vos coordonnées (téléphone portable, email) et de votre numéro de compte bancaire.