

e) Autorisation de remboursement d'un nombre déterminé de conditionnements de spécialités pharmaceutiques pour lesquelles le régime du tiers payant est autorisé

MUTUALITE, OFFICE REGIONAL OU CAISSE DES SOINS DE SANTE :

.....

Numéro d'ordre de l'autorisation:

--

Le soussigné, médecin-conseil, autorise pour la période duau.....
(maximum ... mois) le remboursement de la spécialité
(dénomination) reprise dans le groupe de remboursement

- Nom et prénom du bénéficiaire:.....
- Adresse:.....
- Numéro d'inscription à l' OA:.....

Date:

Signature et cachet du médecin-conseil,

Instructions pour le pharmacien qui délivre:

Le pharmacien dispensateur est autorisé à appliquer le régime du tiers payant si toutes les conditions suivantes sont respectées:

- 1) La délivrance doit se situer dans la période autorisée par le médecin-conseil;
- 2) A chaque délivrance, le pharmacien mentionne la date de la délivrance, appose sa signature et son cachet, dans les cases prévues à cet effet en regard de chaque conditionnement délivré (cf. verso) ;
- 3) Le pharmacien doit inscrire sur la prescription de médicaments le numéro d'ordre encadré, qui figure sur le présent formulaire d'autorisation, ainsi que, dans tous les cas où cela s'avère indispensable pour la tarification, la catégorie en vertu de laquelle le médecin-conseil a autorisé le remboursement de la spécialité concernée.
- 4) Lors de la délivrance du dernier conditionnement autorisé, le pharmacien doit attacher le présent formulaire d'autorisation à la prescription de médicaments.

Instructions pour le bénéficiaire :

- 1) Il est conseillé au bénéficiaire de soumettre la présente formulaire d'autorisation au médecin prescripteur lorsque celui-ci effectue la prescription.
- 2) Le bénéficiaire est obligé de soumettre la présente formulaire d'autorisation au pharmacien qui effectue la délivrance.

✂.....

Ce talon est à détacher et à remettre à votre médecin traitant pour votre dossier médical

Nom et prénom du patient:.....

Adresse:.....

Numéro d'inscription à la mutualité:.....

a reçu une autorisation pour:

Nombre(s) et type(s) de conditionnements ; (et).....

Dénomination de la spécialité:

Période autorisée : du au

A remplir par le pharmacien qui délivre:

	Conditionnements autorisés (1 case par conditionnement délivré)	Date de délivrance (1 case par conditionnement délivré)	Signature du pharmacien	Cachet du pharmacien
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

ALBERT
Par le Roi:

Le Ministre des Affaires Sociales et des Pensions,
F. VANDENBROUCKE