

B3) Autorisation de remboursement de l'alimentation adaptée dans le cadre de la maladie coeliaque.

MUTUALITE, OFFICE REGIONAL OU CAISSE DES SOINS DE SANTE:

.....

Numéro d'ordre de l'autorisation:

Le soussigné, médecin-conseil, autorise pour la période du au.....

(maximum 24 mois) le remboursement de l'alimentation adaptée.

- Nom et prénom du bénéficiaire

- Adresse

- Numéro INSS.....

Date:

Signature et cachet du médecin-conseil:

C4) Demande d'une intervention pour l'alimentation adaptée dans le cadre de la maladie coeliaque.

<u>Identification du bénéficiaire</u>
Nom, prénom :.....
Adresse :.....
Date de naissance :.....
Numéro INSS:.....

Autorisation de type B3)

DONNEES MEDICALES

Diagnostic:

Description circonstanciée de l'état clinique du bénéficiaire :

Résultats des tests histologiques et sérologiques :

Identification du médecin spécialiste (remplir ou apposer cachet)
Nom, prénom :.....
N° d'ident. INAMI :.....
Date:.....
Signature:.....