

PARTIE II – LISTE DES DOCUMENTS ET AUTORISATIONS VISES AU PRESENT

ARRÊTE

a) modèle de l'engagement comme visé à l'article 7 du présent arrêté

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Avenue de Tervuren 211 - 1150 Bruxelles

DEMANDE DE REMBOURSEMENT
NUTRITION MEDICALE

1. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom de la firme responsable de l'introduction de la demande

2. IDENTIFICATION DU PRODUIT

Dénomination du produit

Conditionnement

Nom de la firme qui met le produit sur le marché

3. COMPOSITION

4. CODE ATC

5. ENGAGEMENT

Le soussigné (nom et prénom)

.....

agissant au nom de la firme (forme juridique – désignation – adresse)

.....

qu'il/elle représente en qualité de

.....

déclare qu'il/elle a pris connaissance du contenu de l'Arrêté royal du 24-10-2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales et s'engage à respecter les obligations imposées dans ledit arrêté royal.

Le soussigné(e) est garant(e) que toutes les données, telles qu'elles sont communiquées dans les demandes d'admission, de modification ou de suppression de la liste, sont exactes et complètes. Il/elle s'engage à communiquer dans les plus brefs délais au secrétariat de la Commission de conventions Pharmaciens - Organismes assureurs toute modification apportée à l'un des éléments de la demande d'admission au remboursement.

Fait à, le

Nom:

Prénom(s):

Adresse:

.....

Signature

(faire précéder la signature de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales

ALBERT
Par le Roi:

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

b) Autorisation de rembourser des aliments diététiques à des fins médicales spéciales pour lesquels 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) (1) le remboursement de l'aliment diététique à des fins médicales
spéciales (dénomination – conditionnement s'il y a
lieu)

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

Le bénéficiaire est obligé de montrer cette autorisation au pharmacien qui délivre; celui-ci apporte, lors de la présentation de la prescription des médicaments, les renseignements nécessaires dans la case prévue à cet effet (cf. verso).

Date:

Signature et cachet du médecin-conseil:

(1) Les maxima autorisés sont fixés dans la réglementation de remboursement qui s'y rapporte.

A remplir par le pharmacien qui délivre:

| Date de la délivrance | Dénomination et conditionnement de l'aliment diététique à des fins médicales spéciales | Signature du pharmacien | Cachet du pharmacien |
|-----------------------|--|-------------------------|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

REMARQUES IMPORTANTES:

- a) L'autorisation est valable pour la période autorisée par le médecin-conseil. A son expiration, le bénéficiaire la remet au médecin-conseil.

Si le médecin traitant souhaite qu'elle soit renouvelée, il l'indique en complétant le recto de ce formulaire, dans la mesure où la réglementation le permet, et le bénéficiaire la remet au médecin-conseil de son organisme assureur.

- b) Le pharmacien inscrira sur la prescription de médicaments le numéro d'ordre encadré qui figure sur l'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 l'aliment diététique à des fins médicales spéciales concerné. Il est autorisé à appliquer dans ce cas le régime du tiers payant.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales

ALBERT
Par le Roi:

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

C) Notification pour une intervention pour des d'aliments diététiques en cas de galactosémie

| |
|---------------------------------------|
| Identification du bénéficiaire |
| Nom, prénom : |
| Adresse : |
| Date de naissance : |
| Numéro INSS: |

Je soussigné, médecin spécialiste en pédiatrie déclare que le patient susmentionné est en traitement chez lui/elle pour galactosémie. Il/elle tient son dossier à disposition du médecin-conseil pour confirmation du diagnostic avec les résultats de :

- l'analyse intra-érythrocytaire du galactose 1 phosphate
- la détermination du dosage urinaire du galactitol

Aliments prescrits:

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

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 5 juillet 2010 modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales.

Albert
Par le Roi:

La Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique,
chargée de l'Intégration sociale
L. ONKELINX