

**B3) Machtiging tot het vergoeden van aangepaste voeding in het kader van coeliakie**

ZIEKENFONDS, GEWESTELIJKE DIENST OF KAS DER GENEESKUNDIGE VERZORGING:

.....

Volgnummer van de machtiging:

De ondergetekende, adviserend geneesheer, machtigt van ..... tot .....

(maximum 24 maanden) de vergoeding van de aangepaste voeding.

- Naam en voornamen van de rechthebbende .....
- Adres .....
- INSZ-nummer.....

Datum:

Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer,