

Autorisation sur base de l'arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 37, § 16bis, alinéa 1^{er}, 3^o, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les analgésiques

MUTUALITE, OFFICE REGIONAL OU CAISSE DES SOINS DE SANTE:

.....

Numéro d'ordre de l'autorisation:

Le soussigné, médecin-conseil, déclare que

- Nom et prénom du bénéficiaire:.....
- Adresse:.....
- Numéro NISS.....

est un patient atteint de douleur chronique

et autorise par conséquent, conformément aux dispositions de l'AR du 3 juin 2007 l'intervention dans les coûts des analgésiques pour la période duau.....(maximum 12 mois)

Le bénéficiaire est obligé de montrer cette autorisation au pharmacien qui délivre, lequel inscrit le numéro d'ordre de l'autorisation sur la prescription

Date:

Signature et cachet du médecin-conseil:

Le soussigné, docteur en médecine, certifie que le traitement de (nom, prénom) doit être poursuivi pour la même affection que l'autorisation n°

Pour un patient

atteint de douleur chronique devrait être renouvelée pour une période de mois (maximum 12 mois)

Date :

Signature et cachet du médecin traitant,