B4) Demande de prolongation de l'autorisation de remboursement de l'alimentation adaptée dans le cadre de la maladie coeliaque.

Le soussigné, docteur en médecine certifie qu'il possède toutes les preuves que(nom, prénom) suit correctement l'alimentation adaptée prescrite et que ce régime doit être poursuivi. (1)				
L'autorisation n° sera prolongée.				
Le soussigné, bénéficiaire de l'alimentation adaptée concernée				

Prolongation de l'autorisation (maximum 24 mois)	(1) déclaration du médecin traitant		(2) déclaration du bénéficiaire – date et
	Date et signature du médecin traitant	Cachet du médecin traitant	- signature
Du			
au			
Du			
au			
Du			
au			
Du			
au			
Du			
au			
Du			
au			
Du			
au			