

**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