

d) Autorisation de rembourser des spécialités pharmaceutiques pour lesquelles le régime du tiers payant est autorisé.

MUTUALITE, OFFICE REGIONAL OU CAISSE DES SOINS DE SANTE :

.....

Numéro d'ordre de l'autorisation :

.....

Je soussigné, médecin-conseil, autorise pour la période à partir du
le remboursement des spécialités (1) inscrites dans le paragraphe n°..... du chapitre IV de
l'Annexe I de l'AR du 01.02.2018 et reprises dans le groupe de remboursement

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

Date :

Signature et cachet du médecin-conseil :

(1) Liste des principes actifs figurant dans les spécialités inscrites dans le § du chapitre IV
de l'Annexe I de l'AR du 01.02.2018 au moment où l'autorisation a été accordée. Cette liste est uniquement fournie à titre
d'information.

- XXX
- XXX
- XXX
- XXX
- XXX
- XXX
- ...

Instructions pour le bénéficiaire :

Le bénéficiaire est obligé de soumettre le présent formulaire d'autorisation au pharmacien qui effectue la délivrance.

Instructions pour le pharmacien qui délivre :

Le pharmacien dispensateur est autorisé à appliquer le régime du tiers payant si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- 1) La délivrance doit se situer dans la période autorisée par le médecin-conseil;
- 2) Le pharmacien doit inscrire sur la prescription de médicaments le numéro d'ordre encadré qui figure sur le présent formulaire d'autorisation et, 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 du médicament;
- 3) Le pharmacien doit toujours vérifier que, au moment de la délivrance, la spécialité prescrite est inscrite dans le paragraphe figurant sur la présente autorisation.