

Annexe II

Autorisation de prise en charge par une équipe multidisciplinaire dans le cadre de la convention(*) pour la formation et le suivi des bénéficiaires sous alimentation parentérale à domicile

MUTUALITE, OFFICE REGIONAL OU CAISSE DES SOINS DE SANTE:

.....

Numéro d'ordre de l'autorisation:

Le soussigné, médecin-conseil, autorise pour la période du au

(maximum 1 an) la prise en charge par une équipe multidisciplinaire dans le cadre de la convention(*) pour la formation et le suivi des bénéficiaires sous alimentation parentérale à domicile.

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

Date :

Signature et cachet du médecin-conseil :

(*) convention entre le Comité de l'Assurance des soins de santé de l'institut national d'assurance maladie-invalidité et l'équipe multidisciplinaire créée au sein d'un établissement hospitalier et qui est responsable pour la formation et le suivi des bénéficiaires sous alimentation parentérale à domicile, de leur famille et des éventuels dispensateurs de soins concernés