

D2) **Prolongation de l'intervention pour les produits d'alimentation particulière utilisés en cas d'allergie au gluten / à la gliadine ou en cas d'allergie à la farine de céréales sans allergie au gluten.**

Identification du bénéficiaire

Nom, prénom :

Adresse :

Date de naissance :

NISS :

Je soussigné, médecin, confirme que le bénéficiaire susnommé doit encore suivre un régime adapté en raison d'une allergie au gluten / à la gliadine ou d'une allergie à la farine de céréales sans allergie au gluten (AR du 8-11-1998).

Identification du médecin

(Complétez ou apposez votre cachet.)

Nom, prénom :

Numéro INAMI :

Date :

Signature :

Je soussigné, (nom, prénom), déclare que j'ai suivi scrupuleusement le régime et que je continuerai à le suivre strictement.

Date

Signature