

Autorisation de transition pour l'autosondage à domicile.

MUTUALITE, OFFICE REGIONAL OU CAISSE DES SOINS DE SANTE :

.....

Numéro d'ordre de l'autorisation:

Date du début de l'autosondage :/...../.....

Le remboursement des sondes pour autosondage à domicile est autorisé pour la période du/...../..... au/...../..... Inclus

Nombre de fois par jour que le bénéficiaire se sonde : **Max.** 5 sondes par jour (soit max. 31 boites de 30 sondes pour 6 mois)

- Nom et prénom du bénéficiaire:.....

- Adresse:.....

- N° NISS:.....

Le bénéficiaire est obligé de montrer cette autorisation au pharmacien qui délivre. Celui-ci apporte, lors de la présentation de la prescription de médicaments, les renseignements nécessaires dans la case prévue à cet effet (cf. verso).

Date:

Signature et cachet du médecin-conseil:

A remplir par le pharmacien qui délivre:

Date de délivrance	Dénomination des sondes	Nombre de sondes délivrées	Signature du pharmacien	Cachet du Pharmacien
	Total sondes délivrées			

REMARQUES IMPORTANTES:

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

- a) la délivrance doit se situer dans la période autorisée par le médecin-conseil ;
- b) le nombre maximum de sondes délivrées ne dépasse pas la quantité autorisée ;
- c) le pharmacien doit inscrire sur la prescription le numéro d'ordre encadré qui figure au recto du présent formulaire ;
- d) le pharmacien mentionne dans le tableau ci-dessus la date de la délivrance, il appose sa signature et son cachet en regard de chaque(s) conditionnement(s) délivré(s.)