

B3) Autorisation de remboursement de l'alimentation adaptée dans le cadre de la maladie coeliaque.

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 24 mois) le remboursement de l'alimentation adaptée.

- Nom et prénom du bénéficiaire
- Adresse
- Numéro INSS.....

Date:

Signature et cachet du médecin-conseil:
