

C) Notification pour une intervention pour des d'aliments diététiques en cas de galactosémie

Identification du bénéficiaire
Nom, prénom :
Adresse :
Date de naissance :
Numéro INSS:

Je soussigné, médecin spécialiste en pédiatrie déclare que le patient susmentionné est en traitement chez lui/elle pour galactosémie. Il/elle tient son dossier à disposition du médecin-conseil pour confirmation du diagnostic avec les résultats de :

- l'analyse intra-érythrocytaire du galactose 1 phosphate
- la détermination du dosage urinaire du galactitol

Aliments prescrits:

Identification du médecin spécialiste en pédiatrie (remplir ou apposer cachet)
Nom, prénom :
N° d'ident. INAMI :
Date:
Signature:

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 5 juillet 2010 modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales.

Albert
Par le Roi:

La Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique,
chargée de l'Intégration sociale
L. ONKELINX