ANNEXE II

Autorisation de remboursement des poches destinées à la nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés

MUTUALITE, OFFICE REGIONAL OU CAISSE DES SOINS DE SANTE:

.....

Numéro d'ordre de l'autorisation:

Le soussigné, médecin-conseil, autorise le remboursement des poches destinées à la nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés
pour la période du …….. au ……..

(Maximum 1 an en cas de 1ère demande – Maximum 5 ans en cas de renouvellement)

Bénéficiaire

Nom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Prénom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Adresse : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
NISS: |_|_|_|_|_|_| |_|_|_| |_|_|

Médecin-conseil

Nom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Prénom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Date : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Cachet	Signature du médecin-conseil
‘	