

ANNEXE III - a

Modèle d'autorisation de remboursement visé au chapitre IV  
de l'annexe II du présent arrêté.

MUTUALITE, OFFICE REGIONAL OU CAISSE DES SOINS DE SANTE DE LA S.N.C.B.:

.....  
Numéro d'ordre de l'autorisation:

Le soussigné, médecin-conseil, autorise pour la période du ..... au  
..... (maximum ..... mois) (1)

le remboursement des récépés magistraux relatifs à des produits mentionnés au § .... du chapitre IV de l'annexe II  
de l'arrêté royal du 12 octobre 2004.

- Nom et prénoms du bénéficiaire: .....

- Adresse: .....

- Numéro d'identification au Registre national:  
.....

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

Date:

Signature et cachet du médecin-conseil,

(1) Les maxima autorisés sont fixés dans la réglementation de remboursement qui s'y rapporte.

A remplir par le pharmacien qui délivre:

Date de délivrance	Nombre d'unités ou quantité délivrée	Signature du pharmacien	Cachet du pharmacien

**REMARQUES IMPORTANTES:**

- a) La présente autorisation est valable pour la période autorisée par le médecin-conseil. Elle peut être prolongée si, à son expiration, le bénéficiaire remet au médecin-conseil la présente autorisation ainsi que la justification de la nécessité de poursuivre le traitement et si cette possibilité est prévue dans les conditions de remboursement qui s'y rapportent.
- b) Le pharmacien inscrira sur la prescription le numéro d'ordre encadré. Il est autorisé à appliquer dans ce cas le régime du tiers payant.