

ATTESTATION A L'INTENTION DU MEDECIN-CONSEIL

Demande de remboursement en catégorie B pour l'alimentation médicale :

MODULEN IBD Nestlé, 400 g pulv. or.

Concerne le patient:

- Nom et Prénom:

étiquette mutualité

Je soussigné,, Docteur en médecine et spécialiste en pédiatrie, atteste que le patient susmentionné :

- est atteint de la maladie de Crohn
- appartient à une catégorie d'âge de 0 à 17ans inclus
date de naissance :
- et que son état justifie éventuellement la répétition d'une telle cure

« L'alimentation doit se faire de manière exclusive au moyen de l'aliment concerné pendant une période de minimum 6 semaines (excepté en cas d'arrêt précoce du traitement) et doit être suivie d'une période d'alimentation partielle de maximum 3 mois. »

Le médecin spécialiste en pédiatrie traitant:

cachet

Signature:

Lieu et date:

NB:

- L'autorisation du médecin-conseil est limitée à une durée de validité de 12 mois maximum.
- L'autorisation de remboursement peut être prolongée à sur base d'une nouvelle demande pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum.