

[I – A.R. 21-3-13 – M.B. 19-4 – éd. 2] (°)

[Annexe

D1) Demande d'intervention pour des produits d'alimentation particulière, utilisés en cas d'allergie au gluten / à la gliadine ou en cas d'allergie à la farine de céréales sans allergie au gluten

Identification du bénéficiaire

Nom, prénom :

Adresse :

Date de naissance :

NISS :

Je soussigné, médecin spécialiste, confirme que le/la bénéficiaire susnommé/e souffre d'une allergie au gluten / à la gliadine ou d'une allergie à la farine de céréales sans allergie au gluten, qui répond aux conditions médicales mentionnées à l'article 6 de l'AR 8-11-1998.

Mon dossier contient des éléments à l'appui.

J'accompagne l'intéressé/e afin qu'il/elle suive un régime adapté.

Identification du médecin spécialiste

(Complétez ou apposez votre cachet)

Nom, prénom :

Numéro INAMI :

Date :

Signature:]

(°) d'application à partir du 1-1-2013