

Partie 1

Formulaire de renouvellement - à compléter vous-même -

dans le cadre d'une demande de remboursement de PRODUITS ABSORBANTS POUR INCONTINENCE

Personne inscrite au Service PHARE	
Nom et Prénom	
Adresse	
CP - localité	
N° national	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
N° dossier	
Représentant légal - Parent - Administrateur ou Mandataire	
Nom et prénom	
Adresse	
CP - localité	

Partie 2

CERTIFICAT MEDICAL - à compléter par un médecin -

dans le cadre d'une demande de remboursement de PRODUITS ABSORBANTS POUR INCONTINENCE

Je soussigné....., docteur en médecine,
certifie que, né(e) le

présente une incontinence

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> urinaire | <input type="checkbox"/> nocturne | <input type="checkbox"/> totale | <input type="checkbox"/> temporaire |
| <input type="checkbox"/> fécale | <input type="checkbox"/> diurne | <input type="checkbox"/> partielle | <input type="checkbox"/> définitive |

dont le diagnostic est d' : • origine centrale suite à un

.....
.....
.....

- origine périphérique urinaire digestive

Fait à, le..... Signature et cachet :

Envoyez ce document au Service PHARE :

- soit via l'adresse électronique suivante : info.phare@spfb.brussels
- soit par courrier à l'adresse suivante : Service PHARE - Rue des Palais 42 - 1030 Bruxelles
- soit en le déposant à la même adresse.