

Partie 1 - Formulaire de renouvellement dans le cadre d'une demande de remboursement de PRODUITS ABSORBANTS POUR INCONTINENCE - à compléter vous.

En complément de ce formulaire, vous devez fournir au Service PHARE une attestation de votre mutuelle indiquant si vous bénéficiez ou non du FORFAIT INCONTINENCE de l'INAMI et le MONTANT de ce forfait.

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 dans le cadre d'une demande de remboursement de PRODUITS ABSORBANTS POUR INCONTINENCE - à compléter par un médecin.

Je soussigné....., docteur en médecine,

certifie que, né(e) le

présente une incontinence

- urinaire nocturne totale temporaire
 fécale diurne partielle 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 : formulaires.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.