

**B21) Autorisation de remboursement d'un oxyconcentrateur pour lequel le régime du tiers payant est autorisé**

MUTUALITE, OFFICE REGIONAL OU CAISSE DES SOINS DE SANTE :

.....

Numéro d'ordre de l'autorisation:

Le soussigné, médecin-conseil, autorise le remboursement d'un oxyconcentrateur à partir du .../.../..... pour une période de ... mois.

(La durée de validité est limitée à 12 mois avec un maximum de 3 périodes de remboursement de chacune 1 mois maximum).

- Nom et prénom du bénéficiaire:.....

- Adresse:.....

- N° NISS:.....

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

Date:

Signature et cachet du médecin-conseil:

A remplir par le pharmacien qui délivre:

Période	Date de début du mois comptabilisé	Date de fin du mois comptabilisé	Signature du pharmacien	Cachet du Pharmacien
Période 1				
Période 2				
Période 3				

**REMARQUES IMPORTANTES:**

- a) Cette autorisation se rapporte à l'installation unique d'un oxyconcentrateur lorsque les périodes se suivent. Elle se rapporte cependant à plusieurs installations d'un oxyconcentrateur lorsque les périodes ne se suivent pas avec un maximum de 3 installations sur une période de 12 mois.
- b) Le pharmacien remplit une ligne avec les informations demandées en ce qui concerne la location, l'humidificateur et l'honoraire comptabilisés.
- c) L'autorisation est valable pour la période autorisée par le médecin-conseil. Le pharmacien doit attacher l'autorisation à la dernière prescription
- d) Le pharmacien transmet à l'office de tarification les données figurant sur l'autorisation. Il est autorisé à appliquer dans ce cas le régime du tiers payant.