

Une intervention unique de €250,00 est accordée aux enfants gravement malades de moins de 18 ans :

- ✓ souffrant d'une des maladies graves suivantes :  
cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, typhus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse, affection rénale nécessitant dialyse, maladie de Crohn, mucoviscidose, diabète type 1 et sclérose latérale amyotrophique ;
- ✓ atteint d'une maladie orpheline reprise dans la liste établie par Orphanet.
- ✓ ayant obtenu une reconnaissance d'handicap de 12 points par le SPF Sécurité Sociale.

**CONDITIONS**

Présenter un justificatif du médecin traitant ou du SPF Sécurité Sociale.

*Ⓞ Intervention octroyée uniquement sur base des statuts en vigueur au moment de la prestation.*

**A COMPLETER PAR L’AFFILIE(E) OU APPOSEZ UNE VIGNETTE D’IDENTIFICATION DE L’ENFANT**

Nom : _____ Prénom : _____ Numéro national : * _____ - _____ - _____ * Rue et n° : _____ Code postal et commune : _____ N° de téléphone : _____ / _____ Adresse e-mail : _____ @ _____	OU APPOSEZ LA VIGNETTE DE L’ENFANT
--	---------------------------------------

**A COMPLETER PAR LE MEDECIN**

Situation de l'enfant :

- L'enfant est atteint d'une maladie grave :
- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Affection rénale (nécessitant dialyse) | <input type="checkbox"/> Encéphalite               | <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques             |
| <input type="checkbox"/> Cancer                                 | <input type="checkbox"/> Hépatite infectieuse      | <input type="checkbox"/> Sclérose latérale amyotrophique |
| <input type="checkbox"/> Charbon                                | <input type="checkbox"/> Leucémie                  | <input type="checkbox"/> Sida                            |
| <input type="checkbox"/> Choléra                                | <input type="checkbox"/> Maladie de Hodgkin        | <input type="checkbox"/> Tétanos                         |
| <input type="checkbox"/> Crohn                                  | <input type="checkbox"/> Mucoviscidose             | <input type="checkbox"/> Tuberculose                     |
| <input type="checkbox"/> Diabète type 1                         | <input type="checkbox"/> Méningite cérébro-spinale | <input type="checkbox"/> Typhus                          |
| <input type="checkbox"/> Diphtérie                              | <input type="checkbox"/> Poliomyélite              | <input type="checkbox"/> Variole                         |
- L'enfant est atteint d'une maladie orpheline (reconnue par Orphanet).
- L'enfant est reconnu handicapé (min. 12 points) par le SPF Sécurité Sociale (joindre une attestation du SPF Sécurité Sociale).

Cachet et signature du médecin :

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

