

DEMANDE DE REMBOURSEMENT AU MÉDECIN CONSEIL

Vignette de la mutuelle

Nom et prénom du patient

.....

Le soussigné, Docteur en Médecine, , certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions nécessaires pour obtenir le remboursement de la spécialité

Amikacine

telles que ces conditions figurent au sous-paragraphe 440201 de la Liste nominative des spécialités pharmaceutiques remboursables au Chapitre IV de l'Annexe I de l'Arrêté Royal du 21.12.2001 :

Le patient a été traité avec ce produit pendant son séjour à l'hôpital et le traitement avec le produit doit encore se poursuivre durant un certain laps de temps après sa sortie de l'hôpital.

Nécessité du traitement: Tuberculose

Posologie à respecter:

Période de demande de remboursement :

- 12 mois maximum.
- prolongation d'une nouvelle période de 12 mois.

Confraternellement,

Cachet du médecin

Date et signature