

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

Mycobutin®

telles que ces conditions figurent au sous-paragraphe 1500000 de la Liste nominative des spécialités pharmaceutiques remboursables au Chapitre IV de l'Annexe I de l'Arrêté Royal du 21.12.2001 :

La spécialité est utilisée pour une des indications suivantes:

- pour le traitement de la tuberculose pulmonaire multirésistante pour laquelle un antibiogramme démontre que, d'une part le germe est résistant à la rifampicine et à un autre tuberculostatique (isoniazide ou pyrazinamide ou éthambutol) et que, d'autre part, le germe est sensible à la rifabutine.*
- pour le traitement de la tuberculose pulmonaire chez des patients HIV positifs remplissant au moins une des conditions suivantes:*
 - *Traitement concomitant antirétroviral par un médicament ayant des interactions démontrées avec la rifampicine;*
 - *Echec clinique ou intolérance à un traitement antituberculeux classique.*

Période de demande de remboursement :

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

Confraternellement,

Cachet du médecin

Date et signature