

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité INOVELON (§ 6010000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

\_\_\_\_\_

.....

.....

.....

.....

.....

En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité INOVELON, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point f) du § 6010000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

Sur base de tous ces éléments, je demande pour ce patient le remboursement de la spécialité INOVELON pour une période de 12mois.

**III – Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

/ / (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)