

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité VOTRIENT (§ 5800000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

\_\_\_\_\_

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité VOTRIENT pour le traitement actuellement en cours, avec un schéma posologique de □□□ mg/jour (posologie maximale est de 800 mg/jour).

**IV – Identification du médecin spécialiste en oncologie médicale ou en urologie avec une compétence particulière en oncologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI):**

..... (nom)  
..... (prénom)  
1-..... (N° INAMI) (SIGNATURE DU MEDECIN)  
.. / .. / ..... (Date)

(CACHET) .....