

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation d'une spécialité inscrite au § 6790300 ou au § 6790400 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

Version valable à partir du 01.07.2014

cures d'entretien dont la fréquence et la dose dépendent des signes cliniques de récurrence du déficit moteur. La dose totale maximale est de 2,0 g/kg/3 semaines. Je m'engage à utiliser la dose efficace la plus basse et un intervalle d'administration efficace le plus long possible.

Je sais aussi que le remboursement de la poursuite du traitement pour de nouvelles périodes de 6 mois et pour une dose maximale de 2 g/kg/3 semaines n'est remboursable que pour autant que soit réalisée au moins tous les six mois une nouvelle évaluation clinique faite dans un CRNM ou Centre de Référence Neuromusculaire.

Je sais également que le remboursement est limité à des périodes renouvelables de 6 mois maximales.

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, notamment le protocole de l'examen électromyographique.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité (nom de la spécialité inscrite au § 6790400)

☐ pour une première période 6 mois de remboursement

☐ pour une prolongation de remboursement de 6 mois (la dernière évaluation clinique dans un CRNM a été réalisée le .. / .. / ..).

III – Identification du médecin spécialiste responsable du traitement (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

.....

(nom)

.....

(prénom)

1-.....-..-..

(N° INAMI)

.. / .. / ..

(Date)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)