

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation d'une spécialité inscrite au § 6790200 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que les conditions figurant au point a) 1 du § 6790200 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité (nom de la spécialité inscrite au § 6790200) chez ce patient sont remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous.

J'atteste qu'il s'agit d'un patient chez lequel le diagnostic de l'indication d'infections invasives et sévères par des streptocoques du groupe A avec un syndrome du choc toxique d'origine streptococcique a été établi.

Le remboursement est limité à des périodes renouvelables de 12 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.

UUUUUUUUUUUUUUUU (nom)
 UUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)
 1-UUUUU-uu-uuuu (N° INAMI)
 uu / uu / uuuuu (Date)

--

(CACHET)

(SIGNATURE DU MEDECIN)