

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité MABCAMPATH § 2480000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint de leucémie lymphoïde chronique, et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 2480000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001:

___ / ___ / _____ au ___ / ___ / _____ , ou chez qui un traitement de ce type a produit une rémission de moins de 6 mois.

☐ Il s'agit d'un patient atteint de leucémie lymphoïde chronique chez qui, sur base des directives internationales, un traitement est nécessaire et chez qui la présence d'une délétion 17p a été démontrée par un test de Fluorescence d'Hybridation In Situ (Fluorescence In Situ Hybridisation). Dans ce cas-ci, je dispose dans mon dossier du rapport du laboratoire qui a effectué le test de Fluorescence d'Hybridation In Situ.

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.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité MABCAMPATH.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

| 1 | - | | | | | | - | | - | | | | (n° INAMI)

| | | / | | | / | | | | (date)

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)