

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité pour une maladie de Crohn sévère chez l'adulte (§ 4550000 du chapitre IV de l'Annexe I de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Je soussigné, médecin spécialiste reconnu en gastro-entérologie ou en médecine interne, certifie que le patient mentionné ci-dessus a déjà reçu le remboursement d'un traitement d'induction de la rémission avec la spécialité pour une maladie de Crohn sévère.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité pour un traitement d'entretien par

- 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.

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

_____ (prénom)

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

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

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)