

Formulaire de demande pour le remboursement de la spécialité RENVELA 800mg (180 tablettes) reprise au § 5560200 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
(nom)													
_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
(prénom)													
_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
(N° d'affiliation)													

Je soussigné, médecin spécialiste, assure que mon patient se trouve dans l'état clinique a celui qui est décrit au point que j'ai coché ci-dessous, et que ce patient nécessite le remboursement du traitement indiqué avec la spécialité RENVELA 800mg, et que le patient est inscrit dans le Trajet de soins insuffisance rénale :

☐ pour une première demande pour une période maximale de 12 mois

☐ pour une demande de prolongation pour une période maximale de 12 mois

[illegible]

--

(signature du médecin)