

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité XARELTO (§ 5150000 du chapitre IV de l'arrêté royal du 21 décembre 2001)

\_\_\_\_\_

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions figurant au § 5150000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

□ En effet, ce patient a subi une intervention chirurgicale programmée de prothèse du genou en date du ....../....../.....(date).  
Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir pendant une période de maximum 2 semaines après cette intervention de prothèse totale du genou le remboursement de (max. 2) conditionnements de 10 comprimés à 10 mg de la spécialité XARELTO.

..... (nom)  
 ..... (prénom)  
 ..... (n° INAMI)  
 ...../...../.....(date)

--

(cachet du médecin) ..... (signature du médecin)