

Annexe

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique

- ☐ LEVEMIR Flexpen
☐ LEVEMIR Penfill

(§ 3440000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation):

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

II – Eléments à attester par le médecin traitant:

Je soussigné, médecin traitant, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'un diabète de type 1 ou ayant subi une pancréatectomie, et est simultanément entré dans une convention d'autorégulation de diabète N° 786 groupe 1 ou groupe 2 ou N° 7867 avec obligation de respecter les conditions de cette convention.

☐ Il s'agit d'une première demande:

OU

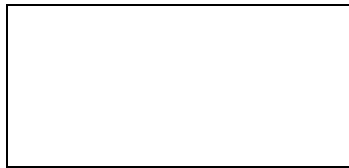
☐ Il s'agit d'une demande de prolongation:

Je demande le remboursement pour 12 mois.

Sur demande j'envoie au médecin conseil de l'organisme assureur les pièces justificatives démontrant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

III - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, N° INAMI):

□ (nom)
□ (prénom)
□ 1 □ - □ □ □ □ □ - □ □ □ - □ □ □ □ □ (n° INAMI)
□ □ □ / □ □ □ / □ □ □ □ □ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)