

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité ZOVIRAX, pommade ophtalmique (§ 6070000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus, remplit toutes les conditions nécessaires pour obtenir le remboursement de la spécialité ZOVIRAX, pommade ophtalmique, telles qu'elles figurent au § 6070000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

Ce patient est atteint de:

- d'une kératite herpétique stromale

J'atteste qu'il s'agit d'une première demande d'autorisation du remboursement:

☐ pour une période de six mois, pour kératite herpétique stromale

J'atteste qu'il s'agit d'une demande de prolongation du remboursement:

☐ pour une période de six mois, pour kératite herpétique stromale

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée.

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

|||||

(nom)

[illegible]

(prénom)

1-000000-00-0000

(N° INAMI)

UU / UU / UUUUU

(DATE)

(CACHET)

..... (SIGNATURE DU MEDECIN)