

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité INDUCTOS (§ 4830000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en chirurgie, certifie que les conditions figurant au § 4830000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'utilisation de la spécialité INDUCTOS chez ce patient sont toutes remplies, car l'administration de la spécialité a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous .

- ☐ est âgé de plus de 18 ans
- ☐ présente une fracture ouverte de la diaphyse tibiale et que cette fracture est d'origine traumatique

- ☐ un grade II
ou
- ☐ un grade IIIA
ou
- ☐ un grade IIIB

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient remplit les conditions pour recevoir le remboursement d'un conditionnement d'INDUCTOS

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)
 UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)
 1-UUUUUUU-UUU-UUUU (N° INAMI)
 UUU / UUU / UUUUU (Date)

--

(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)