

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité VIDAZA (§ 5320000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Version valable à partir du 01.03.2014

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement du VIDAZA, en tenant compte d'une posologie maximale de 75 mg/m² de surface corporelle, quotidiennement pendant 7 jours, suivis d'une période de repos d'au moins 21 jours (cycle de traitement de 28 jours). Le nombre de cycles remboursés est limité à un maximum de 13 par an.

III - En ce qui concerne ma pratique et l'identification de l'hôpital concerné:

Je suis reconnu en tant que spécialiste en médecine interne possédant une qualification particulière en hématologie selon l'arrêté ministériel du 18.10.2002 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en hématologie clinique, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en hématologie clinique.

Je suis attaché depuis le / / à l'hôpital mentionné ci-après

Le nom et l'adresse exacte de ce service hospitalier sont les suivants :

.....
.....
.....
.....

IV - Identification du pharmacien hospitalier attaché à cet hôpital:

Nom et Prénom :

Numéro INAMI de l'hôpital auquel ce pharmacien hospitalier est attaché: 7.10 - - -

Adresse :

.....
.....
.....

V - Identification du médecin-spécialiste visé sous point II ci-dessus:

(nom)

(prénom)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)

(cachet)

.....

(signature du médecin)