## FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE ZYBAN (§ 304)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation) :	
II - Eléments à attester par le médecin traitant :	
Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est dépen arrêter de fumer. J'atteste qu'il remplit toutes les conditions figurant au §304 du chapitre IV de l'A.R. du 21 déc	
BPCO démontrée à la spirométrie par un index de Tiffeneau (VEMS/CV) < 70% et par une valeur prévue ; Age égal ou supérieur à 35 ans ;	e valeur de VEMS < 80% de la
J'atteste avoir établi pour mon patient un plan de thérapie comportementale de soutien, et a sa collaboration active dans l'exécution de ce plan.	avoir reçu son accord quant à
Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement comprimés à 150 mg de la spécialité ZYBAN pendant une période de 10 semaines	nt d'un conditionnement de 100
Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon pati attestée.	tient se trouve dans la situation
III - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :	
(nom)	
(prénom)	
_1 (n° INAMI)	
/(date)	
(cachet)	(signature du médecin)