

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE LA SPECIALITE DUOTRAV (§ 3990000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Le patient a été traité par la prostaglandine/prostamide suivante en monothérapie
(nom spécialité)

☐ Je demande pour mon patient le remboursement de la spécialité DUOTRAV pour une première période de: mois (maximum 12 mois).

☐ Je confirme que le traitement s'est avéré efficace chez ce patient et je demande pour lui la prolongation du remboursement de la spécialité DUOTRAV pour une nouvelle période de : mois (maximum 12 mois).

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

| 1 | - | | | | | | - | | | - | | | | (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)