

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité AVASTIN (§ 4910100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité AVASTIN.

Nom :
Prénom :
Numéro INAMI de l'hôpital auquel le pharmacien est lié : 7.10-□ □ □-□ □-□ □ □
Adresse :
.....
.....
.....

(nom)
 (prénom)
 1 - - - (n° INAMI)
 / / (date)

--

.....

(signature du médecin)