

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation d'une spécialité inscrite au § 6790100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que les conditions figurant au point a) 1 ou a) 2 ou a) 3 ou a) 4 ou a) 5 ou a) 6 ou a) 7 du § 6790100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité ..... (nom de la spécialité inscrite au § 6790100) chez ce patient sont remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous.

J'atteste qu'il s'agit d'un patient chez lequel le diagnostic de l'indication mentionné ci-dessous a été établi :

1. ☐ Syndromes d'immunodéficience primaires, comme décrit dans § 6790100 sous point 1.
2. ☐ Syndromes d'immunodéficience acquises, comme décrit dans § 6790100 sous point 2.
3. ☐ Patient avec MM ou LLC, comme décrit dans § 6790100 sous point 3.
4. ☐ Patient avec PTI, comme décrit dans § 6790100 sous point 4.
5. ☐ Patient avec syndrome de Guillain-Barré, comme décrit dans § 6790100 sous point 5.
6. ☐ Patient avec maladie de Kawasaki, comme décrit dans § 6790100 sous point 6.
7. ☐ Patient subissant une transplantation allogène des cellules souches, comme décrit dans § 6790100 sous point 7.

Le remboursement est limité à des périodes renouvelables de 12 mois maximales.

En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUU           (nom)  
 UUUUUUUUUUUUUUUUUUUU           (prénom)  
 1-UUUUUU-uu-uuuu                 (N° INAMI)  
 uu / uu / uuuu                     (Date)

--

(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)