

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation d'une spécialité inscrite au § 5450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste appartenant à l'équipe visée à l'article 5, § 2 de la Convention de Rééducation avec un Centre de Référence en infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC), certifie que le patient mentionné ci-dessus, remplit simultanément toutes les conditions du § 5450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

(nom du pouvoir organisateur désigné comme tel dans la convention)

(nom de l'hôpital et éventuellement du site de l'hôpital, désigné dans le texte de la Convention comme « le centre de référence en IMOC »)

En outre, je confirme que le traitement avec cette spécialité sera administré conformément aux dispositions des §§ 1^{er} et 2 de l'article 10 de cette Convention IMOC.

(nom de la spécialité inscrite au § 5450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

||||| (nom)

_____ (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

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

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)