	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.
	I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.):
L	<u> </u>
	II – Eléments à attester par le médecin spécialiste faisant partie de l'équipe du centre de référence en IMOC :
	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:
	Je confirme qu'il s'agit d'un patient qui bénéficie d'une prise en charge dans le cadre d'une Convention de Rééducation avec le Centre de Référence en infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC), dont les références sont les suivantes :
	(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.
	Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité
	(nom de la spécialité inscrite au § 5450000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)
	III – Identification du médecin spécialiste faisant partie de l'équipe du centre de référence en IMOC (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :
L	
L	
L	1 - - (n°INAMI)
L	/
ſ	

(signature du médecin)

ANNEXE A : Modèle du formulaire destiné au pharmacien hospitalier :

(cachet)