

Ce nombre de conditionnements doit consister en une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements qui doit être la moins chère pour le patient ou si la quote-part personnelle du patient est la même pour plusieurs combinaisons possibles, la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

(2.3) il a été traité par stent coronaire métallique nu (BMS)

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée. Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 4 semaines, le remboursement de la spécialité (nom de la spécialité inscrite au § 1880000).

Je demande pour mon patient le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir un traitement de 4 semaines à une dose maximale de 75 mg par jour.

Ce nombre de conditionnements doit consister en une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements qui doit être la moins chère pour le patient ou si la quote-part personnelle du patient est la même pour plusieurs combinaisons possibles, la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions nécessaires pour obtenir le remboursement de la spécialité (nom de la spécialité inscrite au § 1880000), telles que ces conditions figurent au point d) du § 1880000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

3. (3.) il s'agit du renouvellement d'une autorisation qui a été délivrée avant l'entrée en vigueur de la présente réglementation et conservant sa validité dans sa catégorie de remboursement.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée. Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 12 mois, le remboursement de la spécialité (nom de la spécialité inscrite au § 1880000).

Je demande pour mon patient le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir un traitement de 12 mois à une dose maximale de 75 mg par jour.

Ce nombre de conditionnements doit consister en une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements qui doit être la moins chère pour le patient ou si la quote-part personnelle du patient est la même pour plusieurs combinaisons possibles, la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

III - Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, N°INAMI):

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)