



Je m'engage également à tenir compte du non remboursement de l'ézétimibe simultanément avec celui d'un autre hypolipidémiant (statine, fibrate, ou dérivé de l'acide nicotinique), sauf dans la situation visée au point a) 3. du § 3000200 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001.

Je tiens à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve confirmant les éléments attestés ci-dessus.

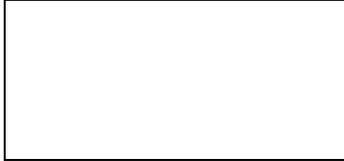
**III - Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, n° INAMI)**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (n° INAMI)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)