

OU

- Il s'agit d'un bénéficiaire qui souffre depuis longtemps d'œsophagite éosinophile et que l'inflammation de l'œsophage était fortement étendue à l'initiation du traitement et que la dose d'entretien est de 2mg par jour, nécessitant 8 conditionnements de 90 comprimés orodispersibles

Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que ce bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

Je sais également que le remboursement de cette spécialité est arrêté si les conditions de rémission clinique et histologique telles que définie au point f) du §12810000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018 ne sont pas maintenues.

Du fait de cette efficacité, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de cette spécialité au dosage de 1 ou 2 mg par jour pendant une période de 360 jours, et je sollicite donc le remboursement de :

- 4 conditionnements de 90 comprimés orodispersibles.
- ou
- 8 conditionnements de 90 comprimés orodispersibles.

IV - Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II et III:

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)