FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE ZYBAN (§ 304)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation) :		
II - Eléments à attester par le médecin traitant :		
Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est dépen arrêter de fumer. J'atteste qu'il remplit toutes les conditions figurant au §304 du chapitre IV de l'A.R. du 21 déc		aite
BPCO démontrée à la spirométrie par un index de Tiffeneau (VEMS/CV) < 70% et par une valeur prévue ; Age égal ou supérieur à 35 ans ;	e valeur de VEMS < 80% de	e la
J'atteste avoir établi pour mon patient un plan de thérapie comportementale de soutien, et a sa collaboration active dans l'exécution de ce plan.	avoir reçu son accord quan	ıt à
Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement comprimés à 150 mg de la spécialité ZYBAN pendant une période de 10 semaines	nt d'un conditionnement de 1	00
Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon pati attestée.	tient se trouve dans la situati	ion
III - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :		
(nom)		
(prénom)		
_1 (n° INAMI)		
/(date)		
(cachet)	(signature du médeci	n)