

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique

□ LEVEMIR Penfill

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :

| (nom)

| (prénom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | (numéro d'affiliation)

Je soussigné, médecin traitant, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'un diabète de type 1 ou a subi une pancréatectomie, et est entré simultanément dans une convention d'autorégulation de diabète N° 786 groupe 1 ou groupe 2 ou N° 7867 avec obligation de respecter les conditions de cette convention.

- Il s'agit d'une première demande:

ou

- Il s'agit d'une demande de prolongation:

Je demande le remboursement pour 12 mois.

Sur demande j'envoie au médecin conseil de l'organisme assureur les pièces justificatives démontrant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

| (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

| 1 | - | | | | | | - | | | - | | | | (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)