

ANNEXE

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique

- NOVORAPID Flexpen
- NOVORAPID Penfill
- NOVORAPID fl
- NOVORAPID PumpCart

(§ 5070200 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom. N° d'affiliation)

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II - Eléments à attester par le médecin traitant:

Je soussigné, médecin traitant, certifie que le patient diabétique mentionné ci-dessus est un enfant ou un adolescent, repris dans une convention d'auto-régulation du diabète 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.

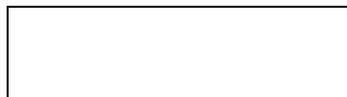
II - Identification du médecin (nom, prénom, adresse. N° INAMI):

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)