

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

Du fait de cette efficacité, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de cette spécialité au dosage de 10 ou 25 mg par jour pour un traitement en association pendant une période de 400 jours, et je sollicite donc le remboursement de :

- 4 conditionnements de 100 comprimés à 10 mg.
- ou
- 4 conditionnements de 100 comprimés à 25 mg.

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)