

Aanvraag tot terugbetaling

Ter attentie van de Adviserend geneesheer

Naam en Voornaam:.....

Adres:.....

Gemeente:.....

Postnummer:.....

Ziekenfonds:.....

Inschrijvingsnummer:.....

-----bij voorkeur een vignet kleven-----

Ondergetekende, Dokter in de geneeskunde, verzoekt de adviserend geneesheer om de terugbetaling van:

- Exelon 4,6mg/24u (Patch 5cm²) x 30 patches
- Exelon 9,5mg/24u (Patch 10cm²) x 30 patches
- Exelon 9,5mg/24u (Patch 10cm²) x 90 patches

Dit **ter vervanging** van de reeds toegekende terugbetaling van:

- Exelon capsules
- Aricept tabletten
- Reminyl tabletten, Retard capsules of siroop

Omwille van :.....
.....
.....

Nr. van vorig attest:.....

Met collegiale groeten,

Datum:.....

Handtekening

Stempel