

**CONFIDENTIEL
A L'ATTENTION DU MÉDECIN-CONSEIL**

Mme

Mr.....

hospitalisé(e) le

pour traitement de Insuffisance hépatique

cirrhose

En conséquence, un traitement par BIFITERAL® est conseillé
pour la période du au

Auriez-vous l'obligeance d'autoriser le remboursement de
BIFITERAL, selon les modalités prévues à l'A.R. du 30.06.1972.

Cachet

Bien confraternellement,

Date

Signature

FORMULAIRE À REMPLIR PAR L'ASSURÉ

Nom et prénom du patient

Adresse

Mutuelle

N° d'inscription

Uniquement à remplir si le patient n'est pas titulaire

Nom et prénom du titulaire

N° d'inscription.....

Lien de parenté avec le patient conjoint

enfant

autre

**CONFIDENTIEEL
TER ATTENTIE VAN DE GENEESHEER-ADVISEUR**

Mevrouw
Mijnheer.....
werd gehospitaliseerd op
voor behandeling van Leverinsufficiëntie
 Cirrhose

Derhalve wordt een behandeling met BIFITERAL® aanbevolen
voor een periode van tot

Wilt U de terugbetaling van BIFITERAL toestaan conform aan
het Koninklijk Besluit van 30.06.1972.

Stempel

Collegiale groeten

Datum

Handtekening

IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERDE

Naam en voornaam van de patiënt
.....
Adres
Verzekeringsorganisme.....
Inschrijvingsnummer.....

Alleen in te vullen indien de patiënt geen titularis is

Naam en voornaam van de titularis
Inschrijvingsnummer.....
Relatie tot de patiënt Echtgeno(o)t(e)
 Kind
 Andere