

Demande de remboursement du
CREON® 10 000 / CREON® 25 000 / CREON® 40 000

Identification du bénéficiaire

Nom - prénom :

N° d'affiliation :

Demande

Je soussigné, docteur en médecine, demande le remboursement du Creon® 10.000 / Creon® 25.000 / Creon® 40.000 pour le traitement du patient mentionné ci-dessus avec,

- Mucoviscidose (Af) (Chapitre IV - § 70100)
- Syndrôme de Schwachmann (Af) (Chapitre IV-§ 70200)
- Une pancréatectomie totale (Af) (Chapitre IV-§ 70400)
et j'ajoute un rapport d'intervention chirurgicale
- Une réduction chronique de la fonction pancréatique exocrine (Bf) (Chapitre IV-§ 70300), démontrée par au moins 2 critères de la liste suivante:
 - Des techniques d'imagerie médicale de l'atteinte chronique du pancréas
 - Une stéatorrhée démontrée par plus de 7 g de graisse sur une période de 24 heures
 - Une stéatorrhée démontrée par une mesure du stéatocrite acide dont le résultat est supérieur à 31 % de couche de graisses dans un échantillon de selles
 - Un test respiratoire à l'aide de triglycérides mixtes avec carbone radioactif (C14) ou d'isotope de carbone stable (C13), lors duquel moins de 23 % de la dose administrée sont récupérés
- Pour une première période de 12 mois
- Pour un prolongement de 60 mois

Identification du médecin

Nom - prénom :

N° INAMI :

Date :

Cachet :

Signature :