



J'atteste que le bénéficiaire adulte mentionné ci-dessus a déjà reçu une autorisation de remboursement pour cette spécialité sur base du § 8410000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du. 1<sup>er</sup> février 2018.

Je confirme que la prolongation du remboursement de cette spécialité pour une nouvelle période de 364 jours, à une dose maximale deux fois par jour :

- Chez les enfants et adolescents < 40 kg: 3,1 mg/kg en capsules avec granules
- Chez les enfants et adolescents > ou = 40 kg et < 50 kg: 72mg/78mg en comprimés
- Chez les enfants > ou = 50 kg et les adultes: 97 mg/103 mg en comprimés

est médicalement justifiée pour ce bénéficiaire.

**III – Identification du médecin-prescripteur (N° INAMI) :**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (n° INAMI)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)