

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE
TERAZOSINE SANDOZ® en catégorie B**

A l'attention du Médecin Conseil

Nom et prénom du patient :

Nom et prénom de l'assuré :

Adresse du patient :

Mutuelle :

N° d'affiliation :

1^{ère} demande de remboursement pour une période maximale de 12 mois du au

Prolongation du remboursement pour une période de mois (max. 12 mois)

Motivation :

Hypertension artérielle

.....
.....
.....
.....
.....

IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT :

Nom :

Prénom :

N° INAMI :

Date :



(Signature)

.....