

**AANVRAAG VOOR TERUGBETALING
VAN MAGISTRAAL BEREIDE PIJNSTILLERS**

op basis van volgende producten van § 4 van
hoofdstuk IV uit bijlage 1, KB 04/07/1991:

- acetylsalicylzuur*
- coffeïne*
- codeïne / codeïnefosfaat*
- paracetamol*

Ondergetekende,

dokter in de geneeskunde, verklaart hierbij dat de
gezondheidstoestand van hieronder vermelde patiënt
een behandeling met pijnstillers vereist, omwille van
chronische pijnen als gevolg van:

.....
.....

mutualiteitsvignet verzekerde

Stempel *Datum en handtekening*

*Dit ingevuld formulier dient aan uw ziekenfonds gegeven te
worden om een attest voor terugbetaling te bekomen.*

**AANVRAAG VOOR TERUGBETALING
VAN MAGISTRAAL BEREIDE PIJNSTILLERS**

op basis van volgende producten van § 4 van
hoofdstuk IV uit bijlage 1, KB 04/07/1991:

- acetylsalicylzuur*
- coffeïne*
- codeïne / codeïnefosfaat*
- paracetamol*

Ondergetekende,

dokter in de geneeskunde, verklaart hierbij dat de
gezondheidstoestand van hieronder vermelde patiënt
een behandeling met pijnstillers vereist, omwille van
chronische pijnen als gevolg van:

.....
.....

mutualiteitsvignet verzekerde

Stempel *Datum en handtekening*

*Dit ingevuld formulier dient aan uw ziekenfonds gegeven te
worden om een attest voor terugbetaling te bekomen.*

**AANVRAAG VOOR TERUGBETALING
VAN MAGISTRAAL BEREIDE PIJNSTILLERS**

op basis van volgende producten van § 4 van
hoofdstuk IV uit bijlage 1, KB 04/07/1991:

- acetylsalicylzuur*
- coffeïne*
- codeïne / codeïnefosfaat*
- paracetamol*

Ondergetekende,

dokter in de geneeskunde, verklaart hierbij dat de
gezondheidstoestand van hieronder vermelde patiënt
een behandeling met pijnstillers vereist, omwille van
chronische pijnen als gevolg van:

.....
.....

mutualiteitsvignet verzekerde

Stempel *Datum en handtekening*

*Dit ingevuld formulier dient aan uw ziekenfonds gegeven te
worden om een attest voor terugbetaling te bekomen.*