

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Merci de nous envoyer cette attestation scannée à [contact@baclohelp.org](mailto:contact@baclohelp.org) avec :

- la copie recto verso de votre carte d'identité
- si possible une copie de votre ordonnance avec le détail des remboursements imprimé par la pharmacie (ou un relevé de remboursement imprimé par votre pharmacie).

Votre identité et celle de votre pharmacien resteront strictement confidentielles. Les informations confidentielles peuvent être noircies.

### Je soussigné(e)

NOM :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Profession :

Numéro de téléphone pour vous joindre :

Adresse courriel :

certifie recevoir du baclofène à la dose de \_\_\_ mg par jour (variable), dans le cadre de la RTU BACLOFENE.

Cocher la ou les cases qui conviennent en complétant si besoin :

[...] Je suis remboursé à 100% par l'Assurance maladie.

[...] Je suis remboursé à 100% par l'Assurance maladie et ma complémentaire santé.

[...] Je suis remboursé à hauteur de \_\_\_ euros par mois sur un total de \_\_\_ euros par mois (environ).

Je suis avisé(e) que cette attestation a été établie en vue de sa production en justice et j'ai connaissance qu'une fausse attestation de ma part m'expose à des sanctions pénales.

Date :

**SIGNATURE**