

**Annexe A: Modèle de formulaire de demande:**

Formulaire de demande pour le remboursement de la spécialité FOSRENOL reprise au § 4000000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

**I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur):**

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

\_\_\_\_\_ (prénom)

\_\_\_\_\_ (N° d'affiliation)

**II - Conditions à attester par le médecin spécialiste:**

Je soussigné, médecin spécialiste, assure que mon patient se trouve dans un état clinique similaire à celui qui est décrit au point que j'ai coché ci-dessous, et que ce patient nécessite le remboursement du traitement indiqué avec la spécialité FOSRENOL.

☐ pour le contrôle de l'hyperphosphorémie chez des bénéficiaires dialysés chez lesquels un traitement optimal associant des mesures diététiques, la prise de sels calciques et une adaptation de la composition du dialysat, ne permet pas de maintenir l'hyperphosphorémie inférieure à 1.79 mmol/l (5.5 mg/dl)

☐ pour une première demande pour une période maximale de 12 mois

ou

☐ pour une demande de prolongation pour une période maximale de 12 mois

Sur demande j'envoie au médecin conseil de l'organisme assureur les pièces justificatives démontrant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

**III - Identification du médecin spécialiste (nom, prénom, adresse, n° INAMI):**

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

\_\_\_\_\_ (prénom)

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

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



(Cachet)

.....

(signature du médecin)