ANNEXE A : modèle du formulaire de demande Formulaire de demande de remboursement de la spécialité CHAMPIX (§ 4540000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)
I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, n° d'affiliation):
II - Eléments à attester par le médecin traitant:
Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est dépendant à la nicotine et est motivé pour arrête de fumer.
J'atteste qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 4540000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:
⊔ Age égal ou supérieur à 18 ans et
☐ II n'a pas bénéficié dans le passé d'un remboursement de la varénicline
et ⊔ Il a suivi un traitement d'essai (thérapie de titration) de 14 jours qui a démontré que la spécialité est bien tolérée.
J'atteste avoir établi pour mon patient un plan de thérapie comportementale de soutien, et avoir reçu son accord quant à sa collaboration active dans l'exécution de ce plan.
Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un conditionnement de u 140 comprimés à 1 mg de la spécialité CHAMPIX.
Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.
III - Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, n° INAMI):
(nom)
1 - - (n° INAMI)
/(date)
(cachet) (signature du médecin)