

## ANNEXE A

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité PROCORALAN (§ 4610000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

### I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation)

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (numéro d'affiliation)

### II – Éléments à attester par un médecin spécialiste en cardiologie ou en médecine interne :

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste

☐ en cardiologie

☐ en médecine interne

certifie que le patient mentionné ci-dessus a déjà reçu une autorisation de remboursement pour la spécialité PROCORALAN accordée sur base des conditions du § 4610000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

J'atteste que la prolongation du remboursement de la spécialité PROCORALAN pour une période de 12 mois est médicalement justifiée avec une posologie de :

☐ 2 x 5 mg par jour, ce qui nécessite le remboursement de 13 conditionnements de 56 x 5 mg

☐ 2 x 7,5 mg par jour, ce qui nécessite le remboursement de 13 conditionnements de 56 x 7,5 mg

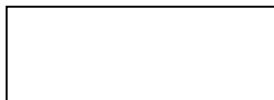
### III – Identification du médecin spécialiste en cardiologie ou en médecine interne (nom, prénom, adresse, N° INAMI):

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)

1-UUUUUU-UU-UUUU (n° INAMI)

UU / UU / UUUUU (date)



(cachet)

.....(signature du médecin)