| ANNEXE A : modèle du formulaire de demande Formulaire de demande de remboursement (§ 364 du chapitre IV de l' AR 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 remplit les conditions figurant au § 364 pour obtenir un remboursement de la spécialité   |
| a) Conditions relatives à la situation du patient  |
| Remboursement en catégorie A :   |
| □ (1.2.) En effet, le patient a subi une greffe cardiaque  |
| b) Conditions relatives à la prescription chez ce patient  |
| Je m'engage à tenir compte, lors de la prescription de la spécialité visée chez ce patient, d'une posologie maximale remboursable de 40 mg par jour.  Je m'engage également à tenir compte du non remboursement de la spécialité visée simultanément avec celui d'un autre hypolipémiant (statine, fibrate, résine, ou dérivé de l'acide nicotinique), sauf lorsque les conditions relatives à l'association visée, telles qu'elles figurent dans la réglementation de l'autre hypolipémiant concerné, sont remplies.  Je tiens à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve confirmant les éléments attestés ci-dessus. |
| III - Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, n° INAMI)  |
|  |
| (prénom)   |
| 1 - [         - [         (n° INAMI)   |
| //(date)   |
|  |
| (signature du médecin)   |