

Formulaire de demande de remboursement (§ 364 du chapitre IV de l' AR du 21 décembre 2001)

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

☐ Remboursement en catégorie A :

☐ (1.2.) En effet, le patient a subi une greffe cardiaque

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, fibraté, 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.

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)

--

(cachet)

(signature du
médecin)