

ANNEXE A

Formulaire de demande de remboursement de plus grands conditionnements d'une spécialité à base d'azithromycine (§ 7150000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation chez l'O.A.):

_____ (nom)
_____ (prénom)
_____ (numéro d'affiliation)

II - Eléments à attester par le médecin:

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en

- ☐ médecine interne
- ☐ pneumologie
- ☐ pédiatrie

certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'une des affections suivantes:

- ☐ mucoviscidose
- ☐ bronchiectasie non liée à une mucoviscidose
- ☐ asthme sévère non éosinophilique
- ☐ BPCO de stade GOLD au moins II avec exacerbations fréquentes
- ☐ rejet chronique de transplant pulmonaire
- ☐ infection à Mycobacterium atypique.

Je dispose dans le dossier médical du patient les éléments justifiant la prescription d'azithromycine durant une période prolongée et je tiens ces éléments à disposition du médecin-conseil.

De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de plus grands conditionnements d'azithromycine et je sollicite donc le remboursement

- ☐ durant une période de jours (maximum 364 jours)
- ☐ à la posologie de ... mg par jour

III - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, N°INAMI):

_____ (nom)
_____ (prénom)
1- ____ - ____ - ____ (n° INAMI)
____ / ____ / ____ (date)
(cachet) (signature du médecin)