ANNEXE A : modèle du formulaire de demande
Formulaire de demande de remboursement de la spécialité CHAMPIX (§ 7710000 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 arrêter de fumer.
J'atteste qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 7710000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

⊔ Age égal ou supérieur à 18 ans
et
⊔ Il a bénéficié dans le passé d' 1 seul 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
⊔ 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)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

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

(cachet) ..... (signature du médecin)

Version valable à partir du 01.10.2015