ANNEXE
Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique
⊔ FIASP FlexTouch
⊔ FIASP Penfill cartouches
⊔ FIASP PumpCart cartouches
⊔ FIASP Flacon
(§ 9020000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018)

I. Identification du bénéficiaire (nom, prénom. N° d'affiliation):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

II. Eléments à attester par le médecin traitant:

Je soussigné, médecin traitant, certifie que le patient diabétique mentionné ci-dessus est traité dans le cadre des Conventions pour l'autorégulation du diabète n° 786, n° 7865 ou 7867 qui remplissent les conditions de cette convention:

⊔ En ce qui concerne une première demande

OU

⊔ En ce qui concerne une demande de prolongation

Je demande le remboursement pour 12 mois.
Sur demande j'envoie au médecin conseil de l'organisme assureur les pièces justificatives démontrant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

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

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

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

| | (cachet) ..... (signature du médecin)

Version valable à partir du 01.04.2021