

ANNEXE A :Formulaire de demande de remboursement de la spécialité CHAMPIX (§ 9560000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II – Éléments 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 que le patient :

- a au moins 18 ans
- a manifesté son accord quant au suivi d'une thérapie comportementale de soutien

Sur base de ces éléments, j'atteste que le patient ci-dessus a droit au remboursement de :

- 3 conditionnements de démarrage/titration (11 x 0,5 mg et 14 x 1 mg) correspondant à un traitement de 2 semaines
- et
- 3 conditionnements d'entretien (140 x 1 mg) correspondant à un traitement de 10 semaines

pour une période de 5 ans.

J'atteste que le patient ci-dessus sera revu en consultation, par mes soins, avant la fin de son traitement d'essai (thérapie de titration 11 x 0,5 mg et 14 x 1 mg) afin de contrôler la tolérance au traitement.

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 mentionné ci-dessus au point II :

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)