

## 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)

Reset