

AM 07.06.2024 – MB 21.06.2024

En vigueur 01.08.2024

A21) Modèle de formulaire de demande de remboursement

Formulaire de demande de remboursement pour un produit dont les conditions de remboursement fixées à la partie I de la liste annexée à l'A.R. du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 n'imposent pas un formulaire de demande spécifique.
(facultatif)

I - Identification du bénéficiaire :

Nom :

Prénom :

Adresse :

N°-NISS :

II - Eléments à attester par le médecin traitant:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions nécessaires pour obtenir le remboursement de :

..... (nom du produit)

§..... (s'il s'agit d'une matière première du chapitre IV de l'annexe (liste) à l'AR du 23.11.2021 Partie I – titre 3)

☐ Il s'agit d'une première période d'autorisation

Je joins à cette annexe A21 un rapport médical circonstancié démontrant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

☐ Il s'agit d'une période de prolongation d'autorisation
(Cocher la case correspondante)

Je tiens à disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire concerné se trouve dans la situation attestée y compris, le cas échéant, lorsque les conditions prévoient que la demande doit être rédigée par un médecin titulaire d'une qualification médicale particulière, une attestation d'un médecin possédant cette qualification, qui confirme que les conditions sont bien remplies chez le patient concerné.

Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de ce produit pour la période prévue dans la réglementation du paragraphe mentionné ci-dessus.

III- Identification du médecin traitant:

Nom :.....

Prénom :

Adresse :

N° INAMI :

CACHET

.....DATE

..... SIGNATURE DU MEDECIN