

**ANNEXE A : modèle du formulaire de demande**

**Formulaire de demande de remboursement de la spécialité PRAVASTATINE BEXAL  
(§ 325 du chapitre IV de l' AR du 21 décembre 2001)**

**I Identification du bénéficiaire (nom, prénom, n° d'affiliation)**

--	--	--

**II Éléments à attester par le médecin traitant**

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions figurant au § 325 pour obtenir un remboursement de la spécialité PRAVASTATINE BEXAL

**a) Conditions relatives à la situation du patient**

Remboursement en catégorie A :

<sup>(1.2.)</sup> En effet, le patient a subi une greffe cardiaque

**b) Conditions relatives à la prescription de la spécialité PRAVASTATINE BEXAL chez ce patient**

Je m'engage à tenir compte, lors de la prescription de la spécialité PRAVASTATINE BEXAL chez ce patient, d'une posologie maximale remboursable de 40 mg par jour.

Je m'engage également à tenir compte du non remboursement de la spécialité PRAVASTATINE BEXAL simultanément avec celui d'un autre hypolipémiant (fibrate, résine, ou dérivé de l'acide nicotinique), sauf lorsque les conditions relatives à l'association visée, telles qu'elles figurent dans la réglementation de l'autre hypolipémiant concerné, sont remplies.

Je tiens à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve confirmant les éléments attestés ci-dessus.

**III Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, n° INAMI)**

	(nom)
--	-------

	(prénom)
--	----------

1	-		-		-		(n° INAMI)
---	---	--	---	--	---	--	------------

	/		/		(date)
--	---	--	---	--	--------

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)