

## 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<sup>er</sup>, 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 pour la nutrition médicale)**

### 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)

Il s'agit d'une première période d'autorisation (durée de l'autorisation .....

Il s'agit d'une période de prolongation d'autorisation (durée de la prolongation .....

(Cocher la case correspondante)

Si la réglementation le prévoit, je joins le rapport motivé à la demande.

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