

**ANNEXE A: Modèle de formulaire de demande:**

Formulaire de demande pour le remboursement de la spécialité RENVELA reprise au § 5560200 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

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

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

\_\_\_\_\_ (N° d'affiliation)

**II - Conditions à attester par le médecin spécialiste:**

Je soussigné, médecin spécialiste, assure que mon patient se trouve dans l'état clinique a celui qui est décrit au point que j'ai coché ci-dessous, et que ce patient nécessite le remboursement du traitement indiqué avec la spécialité RENVELA, et que le patient est inscrit dans le Trajet de soins insuffisance rénale :

pour le contrôle de l'hyperphosphorémie chez des bénéficiaires non-dialysés chez lesquels un traitement optimal associant des mesures diététiques et la prise de sels calciques ne permet pas de maintenir l'hyperphosphorémie inférieur à 1.79 mmol/l (5.5 mg/dl).

pour une première demande pour une période maximale de 12 mois

Ou

pour une demande de prolongation pour une période maximale de 12 mois

Sur demande j'envoie au médecin conseil de l'organisme assureur les pièces justificatives démontrant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

**III - Identification du médecin spécialiste (nom, prénom, adresse, n° INAMI):**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

[1] - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (n° INAMI)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (date)



(Cachet)

.....

(signature du médecin)