

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire susmentionné remplit les conditions de remboursement pour la spécialité pharmaceutique à base de finerenon, comme indiqué sous point a') du § 11860000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 01.02.2018

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce bénéficiaire doit recevoir le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de finerenon, pendant une période de 392 jours au maximum, à une dose maximale de 10 mg ou 20 mg une fois par jour (en fonction de la clairance de la créatinine et du taux de potassium sérique), comme indiqué dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP).

□ Il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire susmentionné a déjà reçu une autorisation de remboursement pour la spécialité pharmaceutique à base de finerenon, sur base des conditions du § 11860000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 01.02.2018.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

Sur base de ces éléments, j'atteste qu'une prolongation du remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de finerenon est médicalement justifiée pour ce bénéficiaire, pour une nouvelle période de 392 jours maximum. Je déclare savoir que la dose maximale est de 10 mg ou 20 mg une fois par jour (en fonction de la clairance de la créatinine et du taux de potassium sérique), comme indiqué dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP).

III - Identification du médecin-prescripteur (nom, prénom, N° INAMI):

_____ (nom)

_____ (prénom)

[1] - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)