ANNEXE A
Formulaire de demande de remboursement **pour l'initiation du traitement** avec la spécialité pharmaceutique à base de galcanézumab (§ 10710100 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 01 février 2018)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'O.A.):

| | | |

dans la situation attestée.

III – Identification du médecin spécialiste mentionné au point II ci-dessus:

(nom)

(prénom)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)

(cachet) ..... (signature du médecin)