ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de Peginterferon alfa-2a (§ 11140000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018)

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

II – Eléments à attester par le médecin spécialiste agréé en oncologie médicale , en médecine interne, possédant la qualification particulière en hématologie ou en dermatologie:

Je soussigné, médecin spécialiste, agréé en:

⊔ oncologie médicale

⊔ médecine interne, possédant la qualification en hématologie

⊔ dermatologie

certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus souffre d'un lymphome cutané T et qu'il remplit toutes les conditions reprises dans le paragraphe 11140000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

☐ Il s'agit d'une première demande du remboursement

ou

☐ Il s'agit d'une demande de prolongation du remboursement.

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

Sur base de tous ces éléments, je certifie que ce bénéficiaire nécessite le remboursement pour une période maximale de 12 mois et qui tient compte de la posologie maximale de 360µg par semaine.

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|_1_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (date)

|_____| (cachet) ..... (signature du médecin)