ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de rélugolix
(§ 12420000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018)

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

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

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

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

II – Eléments à attester par le médecin:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus souffre d'un cancer de la prostate hormono-dépendant à un stade avancé et qu'il remplit toutes les conditions reprises dans le paragraphe 12420000 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.

Sur base de tous ces éléments, je certifie que ce bénéficiaire nécessite le remboursement de 13 conditionnements de 30 x 120 mg de cette spécialité pour une période maximale de 12 mois.

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

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

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

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

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

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