ANNEXE A :
Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'alitretinoïne, inscrite dans le §13650000 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)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (N° d'affiliation)

II – Eléments à attester par le médecin spécialiste :

Je soussigné(e), certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, âgé d'au moins 18 ans, est atteint d' eczéma chronique sévère des mains (le bénéficiaire ne présente aucune guérison ou amélioration significative dans les 3 mois suivant le diagnostic initial ou qu'il a connu 2 récidives au cours de l'année) et remplit simultanément toutes les conditions fixées sous le point a) ou b) du §13650000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

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

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité pharmaceutique inscrite au §13650000 pour une période de 12 semaines.

Je sollicite dès lors pour ce bénéficiaire le remboursement du nombre maximal de conditionnements tient compte :

□ D'une dose de 30 mg administrée une fois par jour.

OU

□ D'une dose de 10 mg administrée une fois par jour (intolérance avérée à la dose plus élevée de 30 mg).

III - Identification du médecin-spécialiste :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Prénom)

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

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (Date)

(Cachet) (Signature du médecin)