

Formulaire de première demande de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base de lédopopa inscrite au §13730000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018 pour le traitement de parkinson chez le bénéficiaire adulte.

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en neurologie et responsable du traitement, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans, est atteint de la maladie de parkinson, et remplit simultanément toutes les conditions figurant dans les critères de remboursement du §13730000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018 :

- Je sollicite pour le bénéficiaire le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de lévodopa pour assurer ce traitement pendant une période maximale de 12 mois.

Je m'engage à arrêter toute nouvelle administration de la spécialité pharmaceutique à base de lévodopa inscrite au §13730000 du chapitre IV de la liste jointe à l'arrêté royal du 1^{er} février 2018 en cas de perte de bénéfice clinique, définie comme une aggravation des symptômes.

En outre, 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

(nom)
 (prénom)
 1 - - - (n° INAMI)
 / / (date)

..... (cachet) (signature du médecin)