

Formulaire de demande de prolongation de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base de
lévodopa inscrite au §13730000 du chapitre IV de la liste jointe à de l'A.R. du 1^{er} février 2018 pour le traitement
de la maladie 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, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité pharmaceutique à base de lévodopa inscrite au §13730000 du chapitre IV de la liste attachée à l'A.R. du 1^{er} février 2018 pour le traitement de la maladie de parkinson :

- ☐ Il s'agit du traitement intermittent.
- ☐ Il s'agit d'un bénéficiaire adulte atteint de la maladie de Parkinson idiopathique.
- ☐ Le bénéficiaire est sous traitement oral optimal avec des spécialités antiparkinsoniennes.
- ☐ Le bénéficiaire développe des épisodes moteurs épisodiques (périodes dites OFF) qui sont suffisamment graves pour interférer avec la qualité de vie.
- ☐ Je confirme que ce traitement préalable avec la spécialité pharmaceutique à base de lévodopa s'est révélé efficace.

Sur base de ce qui précède, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de lévodopa inscrite en §13730000 du chapitre IV de la liste attachée à l'A.R. du 1^{er} février 2018 pour une durée illimitée.

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 attachée à l'arrêté royal du 1^{er} février 2018 en cas de perte d'amélioration clinique.

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)