

Formulaire pour demande initiale de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base de lévétiracétam inscrite au § 2250000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018.

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en :

- ☐ Neurologie.
- ☐ Neuropsychiatrie.
- ☐ Neurochirurgie.
- ☐ Neuropédiatrie.

- ☐ En monothérapie dans le traitement des crises partielles avec ou sans généralisation secondaire chez les patients à partir de 16 ans présentant une épilepsie nouvellement diagnostiquée.
- ☐ En association dans le traitement des crises partielles avec ou sans généralisation secondaire chez l'adulte et chez l'enfant et le nourrisson à partir de 1 mois présentant une épilepsie.
- ☐ En association dans le traitement des crises myocloniques de l'adulte et de l'adolescent à partir de 12 ans présentant une épilepsie myoclonique juvénile.

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

(cachet du médecin)

..... (signature du médecin)