**<u>ANNEXE A :</u> Modèle du formulaire de demande**
Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de Safinamide (§ 8070000 du chapitre IV de l'A.R. du 01 février 2018).

**<u>I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :</u>**

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

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

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

**<u>II – Eléments à attester par le médecin spécialiste :</u>**

Je soussigné, médecin, spécialiste reconnu en :

⊔ Médecine interne.
⊔ Gériatrie.
⊔ Neurochirurgie.
⊔ Neurologie.
⊔ Neuropsychiatrie.

certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est atteint de la maladie de Parkinson avec des fluctuations motrices et que son état clinique actuel justifie l'instauration d'un traitement avec la spécialité pharmaceutique à base de Safinamide en complément d'une dose stable de levodopa seule ou en association avec d'autres médicaments.

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 cette spécialité.

**<u>III – Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II :</u>**

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

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

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

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

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