<u>Annexe A :</u> Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité pharmaceutique à base de vigabatrine (§ 940000 du chapitre IV de la liste joint à l'A.R. du 1er 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 en neurologie ou neurologie pédiatrique :</u>

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en :

☐ Neurologie.
☐ Neurologie pédiatrique.

Certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est atteint :

☐ D'épilepsie rebelle non contrôlée de façon appropriée par les autres traitements antiépileptiques.
☐ Du syndrome de West.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité pharmaceutique à base de vigabatrine.

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

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

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

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

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

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