

ANNEXE A : modèle du formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 3720000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II – Eléments à attester par le médecin spécialiste:

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en

médecine interne

gériatrie

neurochirurgie

neurologie

neuropsychiatrie

certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint de la maladie de Parkinson et que son état clinique actuel justifie l'instauration d'un traitement avec une spécialité inscrite au § 3720000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec une spécialité inscrite au § 3720000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

III – Identification du médecin spécialiste (nom, prénom, adresse, N° INAMI):

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)

_____ (cachet)

..... (signature du médecin)

