ANNEXE A : modèle du formulaire de demande

Formulaire de première demande de remboursement d'une spécialité inscrite dans le § 4700000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

<u>I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°-NISS):</u>

⊔⊔⊔

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

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 la spécialité……………………………………*(nom de la spécialité inscrite au § 4700000).*

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 de cette spécialité pour une première période de 12 mois.

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

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (nom)
⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (prénom)
1-⊔⊔⊔⊔⊔-⊔⊔-⊔⊔⊔ (N° INAMI)
⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ (DATE)

Reset