Formulaire de demande: Formulaire de demande de remboursement de la spécialité ALDARA (§4110000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)
I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.) :
II – Eléments relatifs aux conditions visées au point a) du § 4110000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12. 2001 :
Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en dermatovénérologie :
déclare que le patient renseigné ci-dessus présente un ou plusieurs petits carcinomes baso-cellulaires superficiels sur le tronc, les membres ou le cou et que d'autres thérapies disponibles sont inadaptées en raison d'une éventuelle morbidité liée à ces traitements et/ou en raison d'un résultat cosmétique médiocre.
Ce patient entre donc en ligne de compte pour le remboursement d'un traitement de 30 jours avec ALDARA à une posologie de 5 sachets par semaine (maximum 3 emballages).
Je demande donc le remboursement de 3 emballages de ALDARA crème pour ce patient pour une période maximale de trois mois.
Je tiens à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve confirmant le diagnostic chez ce patient.
III – Identification du médecin spécialiste (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :
(nom)
(prénom)
1 - [] - [] - [] (n° INAMI)
/(date)
(cachet) (signature du médecin)