Formulaire de demande de remboursement de la spécialité Picato 150 μg/g gel (3*0,47g) ou Picato 500 μg/g gel (2*0,47g) (§ 6760000 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 § 4880000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12. 2001 :
Conformément au point a) du § 6760000 du chapitre IV de l'A.R. du 21-12-2001 :
Je soussigné, médecin-spécialiste en dermatologie-vénéréologie, déclare que le patient renseigné ci-dessus présente des kératoses actiniques cliniquement typiques, non hypertrophiques, non hyperkératosiques, chez le patient adulte, lorsque la taille ou le nombre des lésions limite l'efficacité et/ou la tolérance de la cryothérapie et si les autres traitements topiques sont contre-indiqués ou moins appropriés.
J'ai instruit mon patient sur l'application pratique de ce gel.
Je tiens à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve confirmant le diagnostic chez ce patient.
Je demande le remboursement pour un seul conditionnement de :
□ 150µg/g
□ 500µg/g
Par période de 12 mois, 1 seul conditionnement de 150 μg/g ou de 500 μg/g peut être remboursé, quel que soit le nombre de zones traitées.
III – Identification du médecin spécialiste (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :
(nom)
(prénom)
/(date)

(cachet)

(signature du médecin)