Formulaire de demande:

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité ALDARA (§ 224 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)

II – Eléments relatifs aux conditions visées au point a) du § 224 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12. 2001 :	
Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en : □ dermatologie □ gynécologie □ urologie □ gastro-entérologie,	
certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans, présente des verrues génitales ou périanales (condylomes acuminés) externes.	
De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un cycle de traitement avec la spécialité ALDA avec une posologie de 3 sachets par semaine pendant une période de (maximum 4) mois.	٩RA
Je sollicite donc pour mon patient le remboursement de (maximum 4) conditionnements de 12 sachets	
En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve actuellement dans la situation attestée,	е
III – LE CAS ECHEANT : Lorsqu'il s'agit d'une récidive :	
Eléments relatifs aux conditions visées au point d) du § 224 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12. 2001 :	
□ Un cycle de traitement a déjà été remboursé chez ce patient. J'atteste que ce traitement s'est montré efficace, avec disparition complète des condylomes acuminés externes au maximum après 4 mois d'application.	
IV- Identification du médecin spécialiste (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :	
(CACHET) (SIGNATURE DU MEDECIN)	

<u>I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.) :</u>