## ANNEXE A : modèle du formulaire de demande

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité STALEVO (§ 3140000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

## I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°-NISS):

II – Elements a attester par le medecin specialiste	II – Eléments à attester	par le médecin	spécialiste:
---	--------------------------	----------------	--------------

Je soussigné, docteur en me	édecine, spécialiste reconnu en
⊔ médecine interne	
□ neurochirurgie	
⊔ neurologie	
□ neuropsychiatrie	
certifie que le patient mention traitement avec la spécialité	onné ci-dessus est atteint de la maladie de Parkinson et que son état clinique actuel justifie l'instauration d'un STALEVO.
Je m'engage à tenir à la di situation attestée.	sposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la
Sur base de ces éléments, de 12 mois.	j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de cette spécialité pour une première période
III – Identification du méd	ecin spécialiste (nom, prénom, adresse, N° INAMI):
	⊔⊔⊔⊔ (nom)
	ЈЦЦЦ (prénom)
1 (N°	INAMI)
עווע (DATE)	
(CACHET)	(SIGNATURE DU MEDECIN)