

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité VEREGEN (§ 6990000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en :

- ☐ dermatologie
- ☐ gynécologie
- ☐ urologie
- ☐ gastro-entérologie,

certifie que le patient immunocompétent 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 VEREGEN avec une posologie 250 mg (0,5 cm par application) 3 fois par jour pendant une période de _____ (maximum 4) mois.

Je sollicite donc pour mon patient le remboursement de _____ (maximum 5) conditionnements (tubes) de VEREGEN 15g

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.

Eléments relatifs aux conditions visées au point d) du § 6990000 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.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

| | | / | | | / | | | | (date)

| |
|--|
| |
|--|

(cachet)

(signature du médecin)