ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande de remboursement de la spécialité FIRMAGON (§ 2360000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation) :

II - Eléments à attester par le médecin:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus souffre d'un cancer de la prostate hormono-dépendant à un stade avancé et qu'il remplit toutes les conditions reprises dans le paragraphe 2360000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

□ Il s'agit d'une première demande du remboursement

Ou

□ Il s'agit d'une demande de prolongation du remboursement.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin conseil tous les éléments de preuve démontrant que le patient se trouve dans la situation attestée.

Sur base de tous ces éléments, je certifie que ce patient nécessite le remboursement de cette spécialité pour une période maximale de 12 mois.

□ Etant donné qu'il s'agit d'une <u>première demande de remboursement</u>, le remboursement de un conditionnement de 2 x 120 mg et de 12 conditionnements de 1 x 80 mg de FIRMAGON est nécessaire pour cette période de 12 mois;

Ou

□ Etant donné qu'il s'agit d'une **prolongation du remboursement**, le remboursement de 13 conditionnements de 1 x 80 mg de FIRMAGON est nécessaire pour cette période de 12 mois.

III - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

 (nom) (prénom) (N° INAMI) (Date)	
(CACHET)	 (SIGNATURE DU MEDECIN)