

## Formulaire de demande de remboursement de la spécialité ECALTA (§ 5030000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001)

[illegible]

Je, soussigné, médecin spécialiste, déclare que l'adulte mentionné ci-dessus, patient non-neutropénique est atteint d'une invasive candidose prouvé et qu'il remplit à au moins une des conditions décrites dans le § 5030000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001

- ☐ *Candida krusei*
- ☐ Candida résistant in vitro au fluconazole
- ☐ réfractaire au fluconazole ou à l'itraconazole ou à l'amphotéricine B
- ☐ intolérance à l'amphotéricine B et pour lequel un traitement azolé est contre-indiqué

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

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)  
 UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)  
 1-UUUUUU-UU-UUUU (N° INAMI)  
 UU / UU / UUUU (DATE)

[illegible]

(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)