

Formulaire de demande:

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité à base d'imiquimod (§4110000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 01.02.2018)

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II – Eléments relatifs aux conditions visées au point a) du § 4110000 du chapitre IV de l'A.R. du 01.02.2018:

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en dermatovénérologie :

déclare que le bénéficiaire renseigné ci-dessus présente un ou plusieurs petits carcinomes baso-cellulaires superficiels sur le tronc, les membres ou le cou et que d'autres thérapies disponibles sont inadaptées en raison d'une éventuelle morbidité liée à ces traitements et/ou en raison d'un résultat cosmétique médiocre.

Ce bénéficiaire entre donc en ligne de compte pour le remboursement d'un traitement de 30 jours avec un spécialité à base d'imiquimod à une posologie de 5 sachets par semaine (maximum 3 emballages).

Je demande donc le remboursement de 3 emballages à base d'imiquimod crème pour ce bénéficiaire pour une période maximale de trois mois.

Je tiens à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve confirmant le diagnostic chez ce bénéficiaire .

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

(signature du médecin)