Modèle de formulaire de demande standardisé :
Formulaire de demande de remboursement de la spécialité ALDARA (§ 4880000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

II – Eléments relatifs aux conditions visées au point a) du § 4880000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12. 2001 :

Conformément au point a) du § 4880000 du chapitre IV de l'A.R. du 21-12-2001 :

Je soussigné, médecin-spécialiste en dermatologie-vénéréologie, déclare que le patient renseigné ci-dessus présente des kératoses actiniques cliniquement typiques, non hypertrophiques, non hyperkératosiques du visage ou du cuir chevelu, chez le patient adulte immunocompétent, lorsque la taille ou le nombre des lésions limite l'efficacité et/ou la tolérance de la cryothérapie et si les autres traitements topiques sont contre-indiqués ou moins appropriés.

J'ai instruit mon patient sur l'application pratique de cette crème et le lavage de la zone traitée.

Ce patient entre donc en ligne de compte pour le remboursement d'un traitement de maximum deux fois 4 semaines avec ALDARA à une posologie de 3 sachets par semaine (un conditionnement couvre 4 semaines).

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

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

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

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

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

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

|_____| (cachet) ..... (signature du médecin)