



M. Médecin-Conseil

Cc:

.... / /

CERTIFICAT à l'attention de Mr. /Mme. :

CERTIFICAT DESTINÉ AU MÉDECIN-CONSEIL
DEMANDE de REMBOURSEMENT pour la SPÉCIALITÉ APO-GO® PEN

Formulaire de demande de remboursement pour APO-GO® PEN (IV §8210000 – chapitre IV annexe 3 de l'AR du 21 décembre 2001)

I. Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription chez O.A):

.....
.....
.....

II. Éléments à confirmer par le médecin traitant:

Je, soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu

.....

neurologue

Certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint de la maladie de Parkinson idiopathique et que son état clinique actuel justifie l'instauration du traitement par l'APOMORPHINE APO-GO® PEN.

La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est administrée pour le traitement de patients souffrant de la maladie de Parkinson idiopathique qui développent des épisodes moteurs et/ou non-moteurs, prévisibles et/ou non-prévisibles qui sont suffisamment graves pour interférer avec la qualité de vie du patient.

Je m'engage à mettre à disposition au médecin-conseil toutes les preuves nécessaires qui confirment la situation déclarée dans laquelle le patient se trouve.

Sur base de ces éléments, je confirme que le remboursement de cette spécialité pour ce patient est nécessaire pour une première période de 12 mois.

III. Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, numéro INAMI):

(CACHET + SIGNATURE)

.....