**ANNEXE A : Modèle de formulaire de demande**
Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base d'ivermectine au §10005 du chapitre V de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

**I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :**

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

**II - Eléments à attester par le médecin responsable du traitement :**

□ **Il s'agit d'une première demande de remboursement.**

Je soussigné, docteur en médecine, déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est,

- □ Diagnostiqué avec la gale ordinaire ou la gale croûteuse.

**OU**

- □ Un contact étroit d'un patient diagnostiqué avec la gale ordinaire ou la gale croûteuse.

Sur base de ces éléments, je confirme que le remboursement de la spécialité pharmaceutique concernée est nécessaire pour ce bénéficiaire pendant 1 mois.

Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve qui démontrent que ce bénéficiaire se trouve dans la situation exposée.

□ **Il s'agit d'une demande de poursuite de remboursement.**

Je soussigné, docteur en médecine, déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus a déjà reçu le remboursement selon point a) du §10005 et est :

- □ Diagnostiqué avec la gale ordinaire ou la gale croûteuse.

**OU**

- □ Un contact étroit d'un patient diagnostiqué avec la gale ordinaire ou la gale croûteuse.

Sur base de ces éléments, je confirme que le remboursement de la spécialité pharmaceutique concernée est de nouveau nécessaire pour ce bénéficiaire pendant 1 mois.

Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve qui démontrent que ce bénéficiaire se trouve dans la situation exposée.

**III - Identification du médecin mentionné ci-dessus au point II :**

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

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

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

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

(cachet) ......................................... (signature du médecin )