ANNEXE A : Modèle de formulaire de première demande:
Formulaire de première demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 2880000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

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

II – Demande de remboursement d'une PREMIERE PERIODE de traitement:
Eléments à attester par le médecin responsable du traitement:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'une forme modérément sévère de la maladie d'Alzheimer, et qu'il remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a) et au point b) du § 2880000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- traitement simultané avec un inhibiteur des cholinestérases;
- conditions relatives au diagnostic confirmé par un psychiatre, un neuropsychiatre, un interniste gériatre, un gériatre ou un neurologue sur base des critères du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4ème édition);
- conditions relatives à l'obtention d'un score MMSE (Mini Mental State Examination) inférieur à 15 et égal ou supérieur à 10;
- conditions relatives à l'absence d'autres pathologies comme cause de la démence, confirmée par une imagerie cérébrale démonstrative par tomographie computérisée, ou par résonance magnétique;
- conditions relatives à la réalisation préalable une évaluation fonctionnelle du patient concerné, comprenant au moins un ADL (Activities of Daily Living) basal en utilisant les 6 items de l'échelle de Katz, un ADL instrumental en utilisant les 9 points de l'échelle de Lawton, ainsi qu'une Observation comportementale comprenant une échelle de Détérioration Globale et une échelle de Perturbation Comportementale (NPI-Q ou NeuroPsychiatric Inventory Questionaire);
- conditions relatives à la réalisation préalable d'une proposition de structure multidisciplinaire des soins et de support de l'entourage du patient concerné, notamment en fonction des besoins constatés lors de l'évaluation fonctionnelle mentionnée à l'alinéa précédent, et des besoins spécifiques en cas de maintien à domicile ou en cas de placement en institution de soins, avec implication du médecin généraliste traitant et du médecin spécialiste tel que visé au premier tiret ci-dessus.

J'atteste que je tiens à la disposition du médecin-conseil, au sujet de ce patient, le formulaire de description clinique, d'évaluation fonctionnelle et de proposition de structure multidisciplinaire de soins, dont le modèle figure à l'annexe B du § 2880000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, dont toutes les rubriques ont été dûment complétées, avec notamment l'identification du médecin généraliste traitant et la signature du médecin spécialiste visé à l'alinéa précédent.

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

Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de six mois, le remboursement de la spécialité suivante :
……
…….. (nom de la spécialité inscrite au § 2880000), compte tenu d'une posologie journalière maximale de 20 mg

En outre, je m'engage à arrêter, chez le patient concerné, la demande de remboursement de la prescription éventuelle de la spécialité qui aura été autorisée si l'intensité des troubles liés à l'évolution de la maladie d'Alzheimer, mesurée par un MMSE, entraîne chez mon patient l'obtention d'un score inférieur à 10 lors de la réalisation de ce test à deux reprises à un mois d'intervalle.

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

(nom)

(prénom)

1 - - - - (n° INAMI)

/ / (date)

(cachet) ..... (signature du médecin)

Reset

Version valable à partir du 01.04.2015