ANNEXE C : Modèle de formulaire de prolongation :
Formulaire de demande de PROLONGATION de remboursement de spécialité à base de rivastigmine dispositifs transdermiques (§ 4680000 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 PROLONGATION (après au moins 6 mois de remboursement) :

Je soussigné, médecin, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'une forme légère à modérément sévère de la maladie d'Alzheimer, et que ce patient remplit actuellement toutes les conditions nécessaires pour obtenir une prolongation après au moins 6 mois de remboursement, telles qu'elles sont mentionnées au point f) du § 4680000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

Conditions relatives à l'obtention d'un score n'étant pas inférieur à 10 au MMSE (Mini Mental State Examination;
Conditions relatives à l'utilité de la poursuite du traitement, sur base d'une évaluation globale réalisée par le médecin spécialiste visé au point a) 1, comprenant au moins une échelle d'évaluation clinique globale de type Clinical Global Impression of Change (CGI-C).

En outre, 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.

III – Spécialité demandée et modalités relatives à l'évolution du patient:

Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 12 mois, une prolongation de remboursement d'une spécialité à base de rivastigmine dispositifs transdermiques.
(mentionnez ci-dessous le dosage, le type et le nombre de conditionnements souhaités)

☐ spécialité à base de rivastigmine dispositifs transdermiques (posologie journalière maximale de 9,5 mg/24 h)
Dosage souhaité: _____
Type de conditionnement souhaité: _____
Nombre de conditionnements souhaité: _____

☐ spécialité à base de rivastigmine dispositifs transdermiques (posologie journalière maximale de 13,3 mg/24 h)
Dosage souhaité: 13,3 mg/24 h
Type de conditionnement souhaité: _____
Nombre de conditionnements souhaité: _____

Je m'engage à arrêter, chez le patient concerné, la demande de remboursement 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, entraînera 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.

IV – 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