

ANNEXE A :

Formulaire de demande de **prolongation du remboursement du traitement** avec la spécialité pharmaceutique à base d'atogepant (§13040200 du chapitre IV de l'A.R. du 01 février 2018).

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II – Éléments à attester par le demandeur :

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en :

- Neurologie.
- Neuropsychiatrie.

Certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus répond aux conditions cumulatives suivantes :

Le bénéficiaire était déjà traité avec la spécialité concernée :

- Dans le cadre d'une précédente prise en charge remboursée avec la spécialité concernée.

J'atteste que le traitement avec la spécialité concernée était efficace, au travers d'une diminution d'au moins 50 %, du nombre moyen de jours de migraine par mois, par rapport au nombre minimal moyen de 8 jours de migraine par mois, ayant été mesuré pendant la période avant le début du traitement avec la spécialité concernée et ayant été documenté dans le dossier médical du/de la patient(e).

J'atteste la nécessité médicale de poursuivre le traitement avec la spécialité concernée :

- Démontrée par une augmentation du nombre moyen de jours de migraine par mois jusqu'au minimum 8 jours de migraine par mois, mesuré pendant une période de « treatment holiday » sur base d'un journal de migraine soigneusement tenu par le/la patient(e) et ayant été documenté dans le dossier médical du/de la patient(e).
- Non applicable car il s'agit de la première demande de prolongation.

J'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 52 semaines, le remboursement de la spécialité concernée à une dose de :

- Au maximum 12 conditionnements de 28 comprimés au total de la spécialité concernée (10 mg ou 60 mg) par période de 52 semaines.

Je m'engage à arrêter le traitement avec la spécialité concernée si une réponse insuffisante est constatée pendant le traitement; une réponse insuffisante étant définie comme une diminution inférieure à 50 %, , du nombre moyen de jours de migraine par mois, par rapport au nombre moyen de jours de migraine par mois ayant été mesuré pendant la période précédant le début du traitement avec la spécialité concernée et ayant été documenté dans le dossier médical du/de la patient(e).

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

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

[1] - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)

_____ (cachet)

..... (signature du médecin)