

**ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande :**

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité à base de modafinil, inscrite au §2890000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

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

\_\_\_\_\_ (nom)  
\_\_\_\_\_ (prénom)  
\_\_\_\_\_ (numéro d'affiliation)

**II - Première demande :**

Je soussigné(e), certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est atteint de la narcolepsie et remplit simultanément toutes les conditions fixées sous le point a) du §2890000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1<sup>er</sup> février 2018 :

- Une hypersomnie pendant une période d'au moins 3 mois est établie.  
**ET**
- L'hypersomnie ne peut pas être expliquée par la médication et l'usage de médicaments.  
**ET**
- La présence de somnolence diurne excessive malgré une bonne hygiène de sommeil, confirmée (si le bénéficiaire est adulte) par un résultat d'au moins 11 au test d'Epworth.  
**ET**
- Le diagnostic de narcolepsie est confirmé par :

- a) Un Multiple Sleep Latency Test (MSLT) réalisé à la suite d'une polysomnographie démontrant un temps moyen d'endormissement de moins de 8 minutes.  
**ET**
  - Durant le MSLT, au moins 2 épisodes sleep-onset REM (SOREMP = *Sleep Onset Rapid Eye Movement Period dans les 15 minutes de l'endormissement*).**OU**
  - 1 SOREMP sur la polysomnographie la nuit précédant le MSLT Et au moins 1 SOREMP sur le MSLT.

**Ou (uniquement en cas de narcolepsie de type 1) :**

- b) Une valeur d'hypocrétine-1 dans le liquide céphalo-rachidien de moins de 110 pg/mL ou < 1/3 de la valeur moyenne normale.

De plus,

- a) Le bénéficiaire présente une amélioration insuffisante par des mesures d'hygiène adaptées pendant au moins un mois.  
**ET**
- b) Une polysomnographie a été réalisée afin d'exclure un syndrome d'apnée obstructive du sommeil sévère sous-jacent ou associé et, de la sorte, de pouvoir si nécessaire le traiter.

En outre, je joins à la présente demande les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée, ainsi que le rapport circonstanciel complet établi par le neurologue, psychiatre, pédiatre ou un pneumologue, expérimenté dans la prise en charge des troubles du sommeil et attaché à un centre de sommeil ayant avec l'Institut une convention avec relative au diagnostic et au traitement du syndrome des apnées du sommeil.

De ce fait, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec cette spécialité, pendant une période de 12 mois.

**III - Demande de prolongation :**

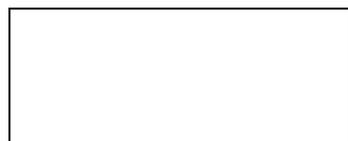
Je confirme que ce traitement est efficace par rapport à la situation clinique du bénéficiaire avant le début du traitement.

De ce fait, j'atteste qu'une prolongation du remboursement de cette spécialité est justifiée pour une période de 12 mois.

En outre, je joins à la présente demande les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée, ainsi que le rapport d'évolution établi par le neurologue, psychiatre, pédiatre ou un pneumologue, expérimenté dans la prise en charge des troubles du sommeil et attaché à un centre de sommeil ayant avec l'Institut une convention avec relative au diagnostic et au traitement du syndrome des apnées du sommeil.

**IV – Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :**

\_\_\_\_\_ (nom)  
\_\_\_\_\_ (prénom)  
1 - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (n° INAMI)  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)