ANNEXE A : Modèle de formulaire de demande
Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 4280000 du chapitre IV de l'A.R. du 1ier février 2018

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

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

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

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

II – Eléments à attester par le médecin traitant :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions nécessaires pour obtenir le remboursement de la spécialité ……(*nom de la spécialité inscrite au § 4280000*), telles que ces conditions figurent au point a) du § 4280000 du chapitre IV de l'A.R. du 1ier février 2018:

En effet, ce patient présente un syndrome des jambes sans repos (SJSR), car les quatre critères essentiels du diagnostic du SJSR sont tous présents chez lui :
- besoin impérieux de bouger les jambes,
- aggravement des symptômes au repos,
- symptômes temporairement soulagés par une activité,
- aggravation des symptômes dans la soirée ou la nuit.

En outre, le score IRLS sur l'échelle internationale d'évaluation du SJSR est supérieur à 15 malgré la mise en place de mesures hygiéno-diététiques pendant une période minimale de 6 semaines, en l'occurrence : arrêt de toute substance susceptible de provoquer ou d'aggraver le SJSR telle que la nicotine, la caféine, l'alcool, tout antagoniste de la dopamine.

Par ailleurs, son taux sérique de ferritine est normal et un diabète, une neuropathie périphérique, une anémie, un travail à pause susceptible d'interférer avec les cycles normaux de sommeil-veille, des antécédents importants psychiatriques ou de prise de drogues, ou une grossesse, ont été exclus et il n'y a pas d'évidence, ni dans l'anamnèse ni cliniquement, une autre maladie neurologique ni pour un autre trouble sommeil tel que la narcolepsie ou l'apnée de sommeil.

Je sais que la posologie remboursable est limitée à 0,54 mg de pramipexole base par jour.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve, notamment le questionnaire complété confirmant le score IRLS, établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée.

☐ Il s'agit d'une **première demande d'autorisation**, et sur base de tous les éléments qui précèdent, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'une spécialité à base de pramipexole pendant une période maximale de 4 mois ;

OU

☐ Le traitement s'est montré efficace et j'estime que **la prolongation d'autorisation** est médicalement justifiée, et que la posologie nécessaire actuellement est de :

0, ☐☐ mg/jour (maximum 0,54 mg/jour)

De ce fait je demande pour mon patient le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir un traitement de 12 mois à la dose journalière mentionnée ci-dessus.

Ce nombre de conditionnements doit consister en une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements qui doit être la moins chère pour le patient ou si la quote-part personnelle du patient est la même pour plusieurs combinaisons possibles, la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

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

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

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

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

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

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