ANNEXE A Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 4980000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

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

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

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

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

II - Eléments à attester par le médecin:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'une migraine, qu'il remplit les critères de diagnostic IHS de migraine, et qu'il présente des crises sévères et invalidantes insuffisamment contrôlées par les autres traitements de la crise utilisés à la dose adéquate.

1. ☐ Il s'agit d'une première demande pour une période de 6 mois, et je sais que pendant cette première période de 6 mois, le remboursement est limité à 12 comprimés maximum.

2. ☐ Il s'agit d'une demande de prolongation, et le traitement s'est montré efficace :

   J'atteste que ce patient a déjà reçu le remboursement d'au moins une période de 6 mois de traitement et que celui-ci s'est montré efficace. Ce patient nécessite donc de recevoir la prolongation du remboursement dont je sais qu'il est accordé pour une période de 12 mois à concurrence de 24 comprimés maximum.

3. ☐ Il s'agit d'une demande de prolongation, et la nécessité de la continuation du traitement a été confirmée par un médecin spécialiste en :
   ☐ neurologie
   ☐ neuropsychiatrie

   J'atteste que ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement dont je sais qu'il est accordé pour une période de 12 mois à concurrence de 24 comprimés maximum.
   Je joins à la présente demande un rapport motivé du médecin spécialiste visé ci-dessus confirmant la nécessité de la poursuite du traitement.

III - Identification du médecin traitant :

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

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

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

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

|_____| (cachet) ..... (signature du médecin)

Version valable à partir du 01.10.2017