

Formulaire de demande de **prolongation du remboursement du traitement** avec la spécialité concernée (§ 10740200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 01 février 2018).

[illegible]

- ☐ Neurologie.
- ☐ Neuropsychiatrie.

Le bénéficiaire était déjà traité avec la spécialité concernée:

- ☐ Dans le cadre d'une précédente prise en charge remboursée avec la spécialité concernée.
- ☐ Dans le cadre d'une précédente prise en charge non-remboursée avec la spécialité concernée; dans ce cas j'atteste que le bénéficiaire mentionné ci-dessus répond aux conditions suivantes:
- ☐ Le bénéficiaire adulte répond aux critères de diagnostic de l'IHS pour la migraine sans aura, la migraine avec aura ou la migraine chronique.
 - ☐ Chez le bénéficiaire, un traitement prophylactique de la migraine est indiqué en raison de la fréquence et/ou de l'intensité des crises de migraine.
 - ☐ Chez le bénéficiaire, au moins les traitements prophylactiques suivants ont échoué en raison d'un problème de tolérance ou à cause d'une réponse insuffisante (c'est-à-dire une réduction inférieure à 50% du nombre de jours de migraine par mois pendant le traitement comparé aux 4 semaines avant le début du traitement) malgré l'administration d'un traitement complet et bien conduit.

☐ Au minimum un bêta-bloquant (propranolol, métoprolol, aténolol, bisoprolol ou timolol).

☐ Ne s'applique pas à cause des contre-indications.

Et

☐ Au minimum le topiramate.

☐ Ne s'applique pas à cause des contre-indications.

Et

☐ Au minimum un des traitements suivants (cocher tous traitements prophylactiques applicables) :

- ☐ l'acide valproïque/valproate
- ☐ l'amitriptyline
- ☐ la venlafaxine
- ☐ la flunarizine
- ☐ le candesartan
- ☐ l'onabotulinetoxine A pour la migraine chronique

Version valable à partir du 01.03.2024

☐ Démontrée par une augmentation du nombre moyen de jours de migraine par mois jusqu'au moins 8 jours de migraine par mois, mesuré pendant une période de « treatment holiday » sur base d'un journal de migraine soigneusement tenu par le bénéficiaire et documenté dans le dossier médical du bénéficiaire.

J'atteste que le bénéficiaire nécessite de recevoir, pendant une période de 18 mois, le remboursement de la spécialité concernée à une dose de :

□ Au maximum 675 mg tous les trois mois (remboursement au total d'un maximum de 15 conditionnements de 1 unité de solution injectable (225 mg) de la spécialité concernée ou de 5 conditionnements de 3 unités de solution injectable (225 mg) de la spécialité concernée par 18 mois).

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 mesuré pendant la période précédant le début du traitement avec la spécialité concernée et documenté dans le dossier médical du bénéficiaire.

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

| (nom)

_____ (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

____ / ____ / ____ (date)

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)