<u>ANNEXE A :</u> Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de midazolam inscrite dans le § 12690000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

<u>I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation à l'O.A.) :</u>

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

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

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

<u>II – Eléments à attester par le médecin spécialiste :</u>

Je soussigné, Docteur en Médecine, spécialiste reconnu en neuropédiatrie ou en neurologie, déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, remplit simultanément toutes les conditions fixées sous le point a) du §12690000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 :

le bénéficiaire présente une épilepsie diagnostiquée ;

ET le bénéficiaire est âgé de plus de 3 mois et de moins de 18 ans ;

ET le bénéficiaire dispose d'un plan de traitement individuel pour la prise en charge des CCAP dispensé par un médecin spécialiste soit en neuropédiatrie ou en neurologie ;

ET cette spécialité fait partie du plan de traitement individuel ;

ET cette spécialité pourra être administrée par un parent ou un accompagnant du bénéficiaire lors de la survenue d'une crise convulsive aiguë prolongée en l'absence d'un professionnel de santé médicalement formé, et comme décrit dans le plan de traitement individuel.

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

<u>⊔ Première demande :</u>

Je demande pour ce bénéficiaire le remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base de midazolam, inscrite dans le §12690000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 pour une première période de 12 mois maximum.

<u>⊔ Demande de prolongation :</u>

Je confirme que le traitement avec une spécialité pharmaceutique à base de midazolam s'est avéré efficace chez ce bénéficiaire et je demande donc la prolongation du remboursement pour une nouvelle période de 12 mois maximum.

<u>III - Identification du Médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II :</u>

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

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

|_1_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

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

| | (cachet) (signature du médecin)