

Annexe C : Modèle de formulaire de prolongation en cas d'énurésie nocturne Type I

Formulaire de demande de PROLONGATION du remboursement de la spécialité à base de desmopressine dans le cas d'énurésie nocturne Type I (§ 3890000 du chapitre IV de la liste jointe à l'AR du 1 février 2018)

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II – Demande de PROLONGATION après 6 mois de remboursement:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus souffre d'énurésie nocturne de type I (profil de concentration urinaire de 24 h anormal) et est âgé d'au moins 7 ans.

Je confirme que pour ce bénéficiaire il est nécessaire de poursuivre le traitement car lors de la réduction progressive du traitement effectuée à l'occasion de la réévaluation trimestrielle l'énurésie nocturne est réapparue.

Je confirme que je tiens à la disposition du médecin-conseil les documents nécessaires sur le plan du diagnostic, du traitement d'essai préalable, de la réponse et de la réévaluation, en ce qui concerne ce bénéficiaire, ainsi qu' un formulaire de description clinique et d'évaluation du bénéficiaire complété et signé (annexe B du § 3890000 du chapitre IV de la liste jointe à l'AR du 1 février 2018).

III – Spécialité demandée:

Sur base de ces éléments j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir un prolongation du remboursement de la spécialité suivante **pour une période de 12 mois:**

.....(nom de la spécialité inscrite au § 3890000 du chapitre IV la liste jointe à l'AR du 1 février 2018)

Je m'engage à ne pas prescrire plus longtemps que nécessaire la spécialité mentionnée au bénéficiaire concerné.

IV - Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)