

ANNEXE A : modèle de formulaire de demande

Formulaire de demande pour le remboursement de la spécialité VERSATIS (§ 5110000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I – Identification du bénéficiaire:

Nom: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 Prénom: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 Numéro d'inscription: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

II – Données à attester par le médecin traitant: **1^{ère} DEMANDE DE REMBOURSEMENT**

Je soussigné, docteur en médecine, atteste que le patient mentionné ci-dessus souffre d'une douleur neuropathique périphérique postherpétique locale.

J'atteste qu'il remplit toutes les conditions mentionnées sous le § 5110000 du chapitre IV de l' A.R. du 21 décembre 2001 :

- une douleur neuropathique postherpétique persistante
- la douleur neuropathique n'est pas généralisée mais est clairement située dans un ou plusieurs dermatomes (douleur focale)
- la peau à l'endroit de la douleur neuropathique n'est pas endommagée
- la zone de la douleur neuropathique n'est pas supérieure à 420 cm²
- la douleur neuropathique est caractérisée par au moins deux des symptômes suivants : allodynie, hyperalgésie, sensation de brûlures, douleur lancinante, sensation de coups de couteau, sensation de décharges électriques
- traitement d'essai avec succès pendant minimum 10 jours avec les emplâtres de lidocaïne

Je tiens les pièces justificatives, qui démontrent que mon patient se trouve dans la situation déclarée, à disposition du médecin-conseil.

Sur base de ces éléments, je demande au médecin-conseil d'accorder une autorisation de remboursement pour la spécialité VERSATIS pour une période de 6 mois.

 DEMANDE DE PROLONGATION DE REMBOURSEMENT

Sur base du rapport circonstancié joint en annexe, démontrant l'efficacité du traitement chez le patient mentionné ci-dessus, je soussigné, docteur en médecine, déclare que la poursuite du traitement avec le VERSATIS est justifiée.

Sur base de ces éléments, je demande au médecin-conseil d'accorder une prolongation de l'autorisation de remboursement pour la spécialité VERSATIS pour une période de 12 mois.

III - Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, nr INAMI):

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

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

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

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



(cachet)

.....

(signature du médecin)