

ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande:

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité RELISTOR (§ 5230000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation chez l'O.A.) :

.....

II – Eléments à attester par le médecin traitant :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions figurant au point a) du § 5230000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- 1) Conditions relatives à la présence d'une constipation induite par les opioïdes qui ne répond pas ou de manière insuffisante à un traitement par laxatifs à doses suffisantes.
- 2) Conditions relatives au fait que la constipation induite par les opioïdes a répondu à au moins une injection sous-cutanée de RELISTOR sur un maximum de trois.
- 3) Conditions relatives au fait que le patient est dans une situation médicale relevant de soins palliatifs, en l'occurrence un patient qui souffre d'une ou plusieurs affections irréversibles, dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique, chez qui des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable, et pour qui le pronostic de(s) l'affection(s) est mauvais et pour qui le décès est attendu dans un délai assez bref (espérance de vie de plus de 24 heures et de moins de trois mois).

Il s'agit d'une première demande.

Il s'agit d'une demande pour la prolongation du premier remboursement précédemment accordé, et j'atteste que la prolongation de l'administration du traitement est médicalement justifiée.

En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouvait dans la situation attestée.

Sur base de tous ces éléments, je sollicite donc pour mon patient le remboursement de 4 conditionnements de 7 flacons de RELISTOR pour une période de 2 mois.

III – Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

.....	(nom)
.....	(prénom)
1-.....-...-....	(N° INAMI)
.. / .. /	(DATE)

(CACHET)

..... (SIGNATURE DU MEDECIN)