ANNEXE A : Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de méthylphénidate, inscrite au §6960000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018

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

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

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

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

☐ **II- Première demande :**

Je soussigné(e), certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, âgé de 6-17 ans, est atteint du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (ADHD) et remplit simultanément toutes les conditions fixées sous le point a) du § 6960000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 :

- le diagnostic de l'ADHD a été établi selon les critères du DSM-IV, DSM-5 ou ICD-10, par un neurologue (pédiatrique) ou un psychiatre (pédiatrique) ou un médecin spécialiste ayant reçu un agrément en neurologie pédiatrique sur base des dispositions de l'Arrêté ministériel du 6 avril 1995 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes en neurologie pédiatrique

- les symptômes sont insuffisamment contrôlés par des mesures psychologiques, éducatives et sociales adaptées

- le traitement pharmacologique fait partie d'un schéma de traitement global comprenant d'autres mesures (psychologiques, éducatives et sociales)

En outre, je joins à la présente demande les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée, ainsi que le rapport circonstanciel complet établi par le neurologue (pédiatrique) ou le psychiatre (pédiatrique), ou un médecin spécialiste ayant reçu un agrément en neurologie pédiatrique sur base des dispositions de l'Arrêté ministériel du 6 avril 1995 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes en neurologie pédiatrique. Dans le cas où un médecin spécialiste a reçu un agrément en neurologie pédiatrique sur base des dispositions de l'Arrêté ministériel du 6 avril 1995 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes en neurologie pédiatrique, il en ajoute la preuve au rapport circonstanciel complet.

De ce fait, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec cette spécialité, selon la posologie recommandée de 10 mg à 60 mg par jour, pendant une première période de 26 semaines.

Je déclare savoir que le remboursement simultané de cette spécialité avec d'autres spécialités à base de méthylphénidate n'est pas autorisé.

☐ **III- Demande de prolongation :**

Je confirme que ce traitement est efficace par rapport à la situation clinique du bénéficiaire avant le début du traitement.

De ce fait, j'atteste qu'une prolongation du remboursement de cette spécialité, selon la posologie recommandée de 10 mg à 60 mg par jour, est justifiée pour une période de 51 semaines maximum.

En outre, je joins à la présente demande les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée, ainsi que le rapport d'évolution établi par le neurologue (pédiatrique) ou le psychiatre (pédiatrique), ou un médecin spécialiste ayant reçu un agrément en neurologie pédiatrique sur base des dispositions de l'Arrêté ministériel du 6 avril 1995 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes en neurologie pédiatrique. Dans le cas où un médecin spécialiste a reçu un agrément en neurologie pédiatrique sur base des dispositions de l'Arrêté ministériel du 6 avril 1995 fixant les critères

spéciaux d'agrément des médecins spécialistes en neurologie pédiatrique, il en ajoute la preuve au rapport d'évolution.

Je déclare savoir que le remboursement simultané de cette spécialité avec d'autres spécialités à base de méthylphénidate n'est pas autorisé.

IV - Identification du médecin mentionné ci-dessus au point II :

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

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

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

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

| | (cachet) ..... (signature du médecin)