

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

Nom:

Prénom:

Numéro d'inscription:

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

- une douleur neuropathique posttherpétique 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

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.

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.

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

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

1 - - - - - (n° INAMI)

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

--

(cachet)

..... (signature du médecin)