Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité VIMPAT en thérapie d'association (§ 5400000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)
I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.):
II - Eléments à attester par le médecin spécialiste en neurologie, neurochirurgie, neuropsvchiatrie ou neuropédiatrie :
⊔ <u>A- Première demande:</u>
Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en ⊔ neurologie, ⊔ neurochirurgie, ⊔ neuropsychiatrie ⊔ neuropédiatrie,
certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 16 ans, est atteint d'épilepsie caractérisée par des crises partielles avec ou sans généralisation secondaire et se trouve dans une des situations suivantes:
□ un traitement précédent comprenant au moins 3 antiépileptiques (mentionnés ci-dessous) a échoué du fait d'une efficacité insuffisante
Ou
□ un traitement précédent comprenant au moins 3 antiépileptiques (mentionnés ci-dessous) a échoué du fait d'effets secondaires significatifs
Les antiépileptiques (au moins trois) ayant été utilisés précédemment sont les suivants :
Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité VIMPAT en thérapie add-on pendant une période de 12 mois.
⊔ <u>B – Demande de prolongation:</u>
Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en ⊔ neurologie, ⊔ neurochirurgie, ⊔ neuropsychiatrie ⊔ neuropédiatrie,
certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 16 ans, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la

ANNEXE A: Modèle de formulaire de demande:

certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 16 ans, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité VIMPAT utilisé en add-on, pendant au moins 12 mois pour le traitement d'une épilepsie caractérisée par des crises partielles avec ou sans généralisation secondaire.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement au lacosamide.

Sur base de ce qui précède, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité VIMPAT pendant une période de 12 mois.

III - Identification du médecin spécialiste en neurologie, neurochirurgie, neuropsychiatrie ou neuropédiatrie (nom, prénom adresse, NªNAMI)
(nom)
(prénom)
1 - [] - [] - [] (n°INAMI)
/ (date)
(cachet) (signature du médecin)