Formulaire de demande de PROLON décembre 2001		t d'une spécialité inscrite au §	2230000 du chapitre IV de l'A.R. du 21
I - Identification du bénéficiaire (no	m, prénom, N°d'affiliation	à l' O.A.):	
II - Demande de PROLONGATION (a	après au moins 6 mois de r	remboursement):	
maladie d'Alzheimer, et que ce patient 6 mois de remboursement, telles qu'el - Conditions relatives à l'obtention d	remplit actuellement toutes les sont mentionnées au poil d'un score n'étant pas inférier a poursuite du traitement, su	les conditions nécessaires pour nt f) du § 2230000 du chapitre l' ur à 10 au MMSE (Mini Mental \$ ır base d'une évaluation globale	State Examination; e réalisée par le médecin spécialiste visé
En outre, je m'engage à tenir à la dis dans la situation attestée.	position du médecin-conseil	les éléments de preuve établis	ssant que le patient concerné se trouvai
III - Spécialité demandée et modalit	<u>és relatives à l'évolution d</u>	u patient:	
Sur base de tous ces éléments, j'at remboursement de la spécialité suivar		ite de recevoir, pendant une p	ériode de 12 mois, une prolongation de
(nom de la spécialité inscrite au § 223	80000		
ATC N06DA02), d'une posologie jour	rnalière maximale rembours	able de 12 mg pour une spéc	une spécialité à base de donépézil (code ialité à base de rivastigmine (code ATC alité à base de galantamine (code ATC
	e d'Alzheimer, mesurée par	un MMSE, entraînera chez mor	é qui aura été autorisée si l'intensité des n patient l'obtention d'un score inférieur à
médecins, désigné par la Commission	n de Remboursement des M	édicaments, les données codée	mandée, à communiquer au collège de es relatives à l'évolution et au devenir du 2230000 du chapitre IV de l'A.R. du 21
V - Identification du médecin respo	nsable du traitement (nom.	, prénom, adresse, N°INAMI):	
	(nom)		
	(prénon	n)	
1 - - - -	(n° INAMI)		
//(date)			
(00	chet)		(signature du médecin)
I (Ca	JI I U L J		(Signature du Hiedebill)