ANNEXE C: Modèle de formulaire de prolongation : Formulaire de demande de PROLONGATION de remboursement d'une spécialité inscrite au § 310 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 – Demande de PROLONGATION après 6 mois de remboursement :	
la maladie d'Alzheimer, et que, après 6 mois actuellement toutes les conditions nécessaires mentionnées au point f) du § 310 du chapitre IV - Conditions relatives à l'obtention d'un sco Examination), tout en n'étant pas inférieur - Conditions relatives à l'amélioration d'au comportementale) d'une nouvelle évaluation de traitement ; - Conditions relatives à la réévaluation de l patient concerné, avec implication du médinterniste gériatre, ou neurologue.	re identique, ou n'ayant pas diminué de plus d'un point, au MMSE (Mini Mental State
☐ III – Demande de PROLONGATION après 18 mois de remboursement :	
Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'une forme légère à modérément sévère de la maladie d'Alzheimer, et que, après 18 mois de traitement remboursé avec la spécialité mentionnée ci dessous, ce patient remplit actuellement toutes les conditions nécessaires pour obtenir une prolongation après 18 mois de remboursement, telles qu'elles sont mentionnées au point g) du § 310 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 :  - Conditions relatives à l'obtention d'un score n'étant pas inférieur à 12 au MMSE (Mini Mental State Examination) ;  - Conditions relatives à la réalisation d'une nouvelle évaluation fonctionnelle du patient concerné (un ADL basal, un ADL instrumental, et une Observation comportementale) ;  - Conditions relatives à une réévaluation de la proposition de structure multidisciplinaire des soins et de support de l'entourage du patient concerné, avec implication du médecin généraliste traitant et d'un médecin spécialiste psychiatre, ou neuropsychiatre, ou interniste gériatre, ou neurologue.  En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée.	
IV - Spécialité demandée et modalités relatives à l'évolution du patient:	
Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 12 mois, une prolongation de remboursement de la spécialité suivante : (mentionnez ci-dessous la spécialité souhaitée, et mentionnez le dosage, le type et le nombre de conditionnements souhaités)	
Dosage souhaité : Type de conditionnement souhaité Nombre de conditionnements souhaité :	(posologie journalière maximale de 240 mg)
Je m'engage à arrêter, chez le patient concerné, la prescription de la spécialité qui aura été autorisée si l'intensité des troubles liés à l'évolution de la maladie d'Alzheimer, mesurée par un MMSE, entraînera chez mon patient l'obtention d'un score inférieur à 12 lors de la réalisation de ce test à deux reprises à un mois d'intervalle.	
Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité demandée, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point i) du § 310 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.	
V- Identification du médecin responsable du traitement (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :	
00000000000000000000000000000000000000	(nom) (prénom) (N° INAMI) (Date)

(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)