

## Formulaire de demande de remboursement pour une spécialité inscrite au § 4080000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

\_\_\_\_\_

☐ Il s'agit d'une première demande d'autorisation (période de 6 mois) :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions nécessaires pour obtenir le traitement avec la spécialité ..... (nom de la spécialité inscrite au § 4080000), telles que ces conditions figurent au point a) et au point b) du § 4080000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001. En effet, j'atteste que le bénéficiaire souffre d'une forme grave à très grave de douleur et qu'une thérapie antalgique préalable par un opioïde fort (palier III) :

☐ s'est montrée insuffisamment efficace

OU

□ n'a pas été tolérée

Je dispose du rapport médical qui contient les éléments de preuve qui confirment le diagnostic et la nécessité du recours à l'oxycodone.  
Je m'engage à tenir ce rapport à la disposition du médecin-conseil.

Sur base de ces éléments, je demande au médecin-conseil d'accorder une autorisation de remboursement pour la spécialité mentionnée ci-dessus pour une période de 6 mois.

☐ Il s'agit d'une demande de prolongation de l'autorisation (période de 12 mois) :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions nécessaires pour obtenir la prolongation de traitement avec la spécialité ..... (nom de la spécialité inscrite au § 4080000), telles que ces conditions figurent au point d) du § 4080000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001. En effet, ce patient a déjà reçu au moins une autorisation de remboursement pour une spécialité inscrite au § 4080000. Ce traitement s'est montré efficace et j'estime que la poursuite du traitement est médicalement justifiée comme le démontre le rapport d'évolution circonstancié que je joins en annexe au présent formulaire de demande.

Sur base de ces éléments, je demande au médecin-conseil d'accorder une prolongation de l'autorisation de remboursement pour la spécialité mentionnée ci-dessus pour une période de 12 mois.

**III – Identification du médecin responsable du traitement (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :**

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

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

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

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

|  |
|--|
|  |
|--|

(cachet)

.....

(signature du médecin)