Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité TROBALT en thérapie d'association (§ 5980000 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 ou neuropsvchiatrie:
⊔ <u>A- Première demande:</u>
Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en
☐ neurologie,
☐ neurochirurgie,
☐ neuropsychiatrie,
certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 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 antérieur comprenant au moins 3 antiépileptiques distincts (mentionnés ci-dessous) en monothérapie séquentielle ou en combinaison, a échoué du fait d'une efficacité insuffisante
ou
☐ un traitement antérieur comprenant au moins 3 antiépileptiques distincts (mentionnés ci-dessous) en monothérapie séquentielle ou en combinaison, 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 TROBALT en thérapie add-on pendant une période de 12 mois.
□ B – Demande de prolongation:
Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en
☐ neurologie,
☐ neurochirurgie,
☐ neuropsychiatrie,
certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité TROBALT 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 avec la rétigabine.
Sur base de ce qui précède, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité TROBALT pendant une période de 12 mois.
III - Identification du médecin spécialiste en neurologie, neurochirurgie ou neuropsychiatrie (nom, prénom, adresse, N°INAMI):
(prenom)
1 - [- [

(cachet)	 (signature du médecin)