Annexe A : Modèle de formulaire de demande standardisé

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité SELINCRO (§ 6880000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 Décembre 2001) I. Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation) : II. Eléments à attester par le médecin traitant Je soussigné, docteur en médecine, médecin généraliste spécialiste en neuropsychiatrie spécialiste en psychiatrie spécialiste en médecine interne spécialiste en gastro-entérologie fait une Première demande Il s'agit d'une première demande Je soussigné, médecin, atteste que le patient mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans et présente une dépendance à l'alcool selon les critères du DSM-IV : au cours des 12 derniers mois écoulés, le patient satisfait à au moins 3 des critères suivants : Tolérance (besoin de quantités d'alcool plus importantes pour obtenir une intoxication/effet désiré ou effet nettement diminué en cas d'usage continu d'une même quantité d'alcool). Syndrome de sevrage caractéristique ou prise d'alcool pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage L'alcool est souvent pris en quantité plus importante ou sur une période plus longue que prévu. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler la prise d'alcool. Temps considérable passé à obtenir ou à consommer de l'alcool, ou à se remettre de ses effets. Abandon ou diminution d'activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes à cause de l'alcool. Poursuite de la consommation d'alcool malgré la connaissance de l'existence d'un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool. présentait une consommation d'alcool à risque élevé (consommation ≥ 60g/jour pour les hommes et ≥ 40g/jour pour les femmes) lors de l'entretien initial en date du présente une consommation d'alcool à risque élevé (consommation ≥ 60g/jour pour les hommes et ≥ 40g/jour pour les femmes) lors de l'entretien suivant (au minimum 15 jours après l'entretien initial) en date du ne nécessite pas un sevrage immédiat. J'atteste que le traitement par Selincro® est prescrit en association avec un suivi psychosocial continu axé sur l'observance thérapeutique et la réduction de la consommation d'alcool. Je sollicite donc le remboursement pour 6 mois de traitement, soit ⊔ conditionnements de 7 comprimés (maximum 2) ⊔⊔ conditionnements de 14 comprimés (maximum 12). 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. Demande de prolongation Il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement pour une nouvelle période de 6 mois

J'atteste qu'il s'agit d'un patient âgé d'au moins 18 ans ayant au moment de la première demande une dépendance à l'alcool avec une consommation d'alcool à risque élevé (consommation ≥ 60g/jour pour les hommes et ≥ 40g/jour pour les femmes) ne nécessitant pas un sevrage immédiat, et qui a déjà bénéficié d'un traitement remboursé par Selincro® pendant au moins une période de 6 mois selon les conditions du § 6880000.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement avec amélioration de l'état clinique du patient.

Du fait de cette efficacité, j'atteste que la prolongation du remboursement de la spécialité Selincro® pour une période de 6 mois est médicalement justifiée avec une posologie de maximum d'un comprimé par jour.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de de ⊔⊔ conditionnements (maximum 13) de 14 comprimés.				