

**ANNEXE A: MODELE DU FORMULAIRE DE DEMANDE
de remboursement de Algostase Mono 1g[®] (50 comprimés)
et de Algostase Mono 500mg[®] (100 comprimés)
des LABORATOIRES S.M.B. s.a.**

(cfr. § 5460000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001)

I - Identification du bénéficiaire:

Nom :

Prénom :

N° d'affiliation :

II - Eléments à attester par le médecin traitant:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint de douleur chronique provoquée par l'affection chronique suivante:

- Douleur liée au cancer (douleur maligne)
- Douleur chronique liée à l'arthrose/l'arthrite
- Douleur neurogène ou neuropathique d'origine centrale ou périphérique (y compris la sclérose en plaques)
- Douleur vasculaire périphérique (douleur ischémique)
- Douleur postchirurgicale (y compris douleur fantôme)
- Fibromyalgie

et répond donc aux conditions mentionnées sous le § 5460000 chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

Je tiens à la disposition du médecin conseil un rapport médical, démontrant que le patient est atteint de douleur chronique persistante qui, après un traitement curatif optimal, persiste pendant au moins six mois, ou qui persiste après le traitement curatif d'un syndrome de douleur maligne chronique.

Je déclare être informé que la posologie quotidienne maximale remboursable est de 3 g.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement par la spécialité

- ALGOSTASE MONO 1g[®] (50 comprimés)**
- ALGOSTASE MONO 500mg[®] (100 comprimés)**

durant une période de 12 mois maximum.

III – Identification du médecin traitant ou le médecin qui gère le dossier médical global:

Nom :

Prénom :

N°INAMI:

Cachet du médecin

Date et signature