

# DEMANDE DE REMBOURSEMENT AU MEDECIN-CONSEIL

Je, soussigné, Docteur en Médecine\*,

Neurologue

Neuropédiatre

Psychiatre

Pédopsychiatre

sollicite auprès du Médecin-conseil sur base d'un rapport circonstancié écrit et joint en annexe de la présente demande\*\*

Remboursement de EQUASYM XR ( au maximum 6 mois) conforme § 6960000

Prologation de remboursement de EQUASYM XR (au maximum 12 mois)

N° de l'attestation précédente: .....

EQUASYM XR 10, 20 ou 30 mg a été prescrit pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

**Compléter ou apposer la vignette de la mutuelle**

Nom et prénom: .....

Rue: ..... N°: .....

Commune: ..... Code Postal: .....

Nom et prénom de l' assuré:

.....

.....

Organisme assureur: .....

N° d'affiliation: .....

Pour lequel les conditions suivantes sont satisfaites:

1. âge de 6 jusqu'à 17 ans.
2. diagnostic ADHD établi par moi-même selon les critères du DSM-IV ou ICD-10.
3. symptômes insuffisamment contrôlés par des mesures psychologiques, éducatives et sociales adaptées.
4. EQUASYM XR fait partie d'un schéma de traitement global comprenant d'autres mesures (psychologiques, éducatives et sociales).

L' administration simultanée des spécialités ci-dessus avec d' autres spécialités contenant du méthylphénidate n' est pas autorisée.

**Médecin**

Cachet

Salutations confraternelles,

Signature

Date

.....

\* Le diagnostic de l'ADHD a été établi selon les critères du DSM-IV ou ICD-10, par un neurologue (pédiatrique) ou un psychiatre (pédiatrique) (numéros INAMI se terminant par 195, 689, 760, 764, 770, 774, 780, 784), ou un médecin spécialiste ayant reçu un agrément en neurologie pédiatrique sur base des dispositions de l'Arrêté ministériel du 6 avril 1995 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes en neurologie pédiatrique.

\*\* Un rapport circonstancié se doit d'être concret, personnalisé, spécifique, descriptif et pratique