

ANNEXE A : Modèle de formulaire de demande de remboursement pour une première période d'évaluation

Formulaire de demande de remboursement pour une première période d'évaluation pour la spécialité PALEXIA RETARD et PALEXIA dans le traitement des douleurs sévères (§ 9170000 du Chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription auprès de l'O.A.)

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II – Éléments attestés par un médecin

Je soussigné,

déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus remplit simultanément toutes les conditions décrites au point a) du § 9170000 du Chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018 :

- conditions relatives à l'âge, 18 ans ou plus ;
- conditions relatives au diagnostic de douleurs sévères ne pouvant être traitées que par des opioïdes puissants ;
- échec du traitement préalable par des opioïdes puissants,
 - en raison d'effets secondaires, OU
 - en raison d'une action antalgique insuffisante, OU
 - en raison de la survenue d'une hyperalgésie induite par les opioïdes sous traitement par d'autres opioïdes puissants.

Je m'engage par la présente à suivre et respecter toutes les dispositions du RCP officiel.

J'atteste par la présente que le bénéficiaire nécessite le remboursement du traitement par PALEXIA et PALEXIA RETARD pendant une première période de 3 mois.

Je note que, dans le cas des douleurs paroxystiques ou de l'exacerbation anticipée des douleurs (par ex. suite à une mobilisation, au soin d'une plaie, à une intervention médicale, etc.), le choix de cette même molécule (tapentadol) est indiqué en traitement de secours.

Je m'engage à ne pas prescrire au patient concerné les spécialités autorisées plus longtemps que nécessaire.

III - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, numéro INAMI)

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)

ANNEXE B : Modèle de formulaire de demande de prolongation du remboursement

Formulaire de demande de prolongement du remboursement de la spécialité PALEXIA RETARD et PALEXIA dans le traitement des douleurs sévères (§ 9170000 du Chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription auprès de l'O.A.)

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II - Éléments attestés par un médecin

Je soussigné,

déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus remplit simultanément toutes les conditions décrites au point a) du § 9170000 du Chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018 :

- conditions relatives à l'âge, 18 ans ou plus ;
- conditions relatives au diagnostic de douleurs sévères ne pouvant être traitées que par des opioïdes puissants ;
- échec du traitement préalable par des opioïdes puissants,
 - en raison d'effets secondaires, OU
 - en raison d'une action antalgique insuffisante, OU
 - en raison de la survenue d'une hyperalgésie induite par les opioïdes sous traitement par d'autres opioïdes puissants.

Je déclare donc que le bénéficiaire a déjà nécessité le remboursement de la spécialité PALEXIA RETARD ou PALEXIA comme indiqué au paragraphe §9170000 du chapitre IV de cette décision; et que, lors de l'évaluation, la prolongation du traitement a été examinée avec soin.

J'atteste par la présente que le bénéficiaire nécessite le remboursement du traitement par PALEXIA et PALEXIA RETARD pendant une période de 12 mois.

Je m'engage par la présente à suivre et respecter toutes les dispositions du RCP officiel.

Je note que, dans le cas des douleurs paroxystiques ou de l'exacerbation anticipée des douleurs (par ex. suite à une mobilisation, au soin d'une plaie, à une intervention médicale, etc.), le choix de cette même molécule (tapentadol) est indiqué en traitement de secours

Je m'engage à ne pas prescrire au patient concerné les spécialités autorisées plus longtemps que nécessaire.

III - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, numéro INAMI)

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)

(cachet)

.....

(signature du médecin)