

**ANNEXE A : Modèle de formulaire de première demande :**

**Formulaire de première demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 223 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001**

**I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.) :**

XX

**II – Demande de remboursement d'une PREMIERE PERIODE de traitement :**

**Éléments à attester par le médecin responsable du traitement :**

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'une forme légère à modérément sévère de la maladie d'Alzheimer, et qu'il remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a) et au point b) du § 223 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- Conditions relatives au diagnostic confirmé par un psychiatre, un neuropsychiatre, un interniste gériatre ou un neurologue sur base des critères du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4<sup>ème</sup> édition) ;
- Conditions relatives à l'obtention d'un score égal ou supérieur à 12 au MMSE (Mini Mental State Examination), avec, lorsque le score au MMSE est supérieur à 24, confirmation du diagnostic par une évaluation neuropsychologique appropriée, validée et standardisée, réalisée par des professionnels compétents dans le domaine de la neuropsychologie ;
- Conditions relatives à l'absence d'autres pathologies comme cause de la démence, confirmé par une imagerie cérébrale démonstrative par tomographie computerisée, ou par résonance magnétique nucléaire ;
- Conditions relatives à la réalisation préalable une évaluation fonctionnelle du patient concerné, comprenant au moins un ADL (Activities of Daily Living) basal en utilisant les 6 items de l'échelle de Katz, un ADL instrumental en utilisant les 9 points de l'échelle de Lawton, ainsi qu'une Observation comportementale comprenant une échelle de Détérioration Globale et une échelle de Perturbation Comportementale (NPI-Q ou NeuroPsychiatric Inventory Questionnaire) ;
- Conditions relatives à la réalisation préalable d'une proposition de structure multidisciplinaire des soins et de support de l'entourage du patient concerné, notamment en fonction des besoins constatés lors de l'évaluation fonctionnelle mentionnée à l'alinéa précédent, et des besoins spécifiques en cas de maintien à domicile ou en cas de placement en institution de soins, avec implication du médecin généraliste traitant et du médecin spécialiste tel que visé au premier tiret ci-dessus.

J'atteste que je tiens à la disposition du médecin-conseil, au sujet de ce patient, le formulaire de description clinique, d'évaluation fonctionnelle et de proposition de structure multidisciplinaire de soins, dont le modèle figure à l'annexe B du § 223 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, dont toutes les rubriques ont été dûment complétées, avec notamment l'identification du médecin généraliste traitant et la signature du médecin spécialiste visé à l'alinéa précédent.

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.

Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de six mois, le remboursement de la spécialité suivante :

(cochez ci-dessous la spécialité souhaitée)

- ARICEPT (posologie journalière maximale de 10 mg)
- EXELON (posologie journalière maximale de 12 mg)
- REMINYL (posologie journalière maximale de 24 mg)

En outre, je m'engage à arrêter, chez le patient concerné, la demande de remboursement de la prescription éventuelle de la spécialité qui aura été autorisée si l'intensité des troubles liés à l'évolution de la maladie d'Alzheimer, mesurée par un MMSE, entraînera chez mon patient l'obtention d'un score inférieur à 10 lors de la réalisation de ce test à deux reprises à un mois d'intervalle.

Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité demandée, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point h) du § 223 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

**III – Identification du médecin responsable du traitement (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :**

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)

1-UUUUUUU-UUU-UUUU (N° INAMI)

UU / UU / UUUUU (DATE)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)



2. A obtenu les résultats suivants aux tests cognitifs :

- MMSE ou Mini Mental State Examination : score de /30 (au moins 12) le  /  /  (Date) ;
- Si MMSE supérieur à 24, confirmation du diagnostic par :
  - une évaluation neuropsychologique appropriée, validée et standardisée, réalisée par des professionnels compétents dans le domaine de la neuropsychologie.

3. Est indemne d'autre pathologie comme cause de la démence, ce qui a été confirmé le  /  /  (Date), par l'examen suivant :

- Tomographie computerisée;
- Résonance magnétique;

**IV – Eléments relatifs à la prise en charge intégrée du patient :**

Le patient mentionné ci-dessus :

1. A fait l'objet d'une évaluation fonctionnelle

| Dates   | Évaluation<br>(initiale) | Réévaluation<br>(après 6 mois<br>de<br>remboursement) | Réévaluation<br>(après<br>prolongation du<br>remboursement) | Réévaluation<br>(après<br>prolongation du<br>remboursement) |
|---|--------------------------|---|---|---|
|   | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| Score MMSE                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>                                    |
| ADL basal avec échelle<br>de Katz               | <input type="checkbox"/> |   |   |   |
| ADL instrumental avec<br>échelle de Lawton      | <input type="checkbox"/> |   |   |   |
| Echelle de Détérioration<br>Globale             | <input type="checkbox"/> |   |   |   |
| Echelle de perturbation<br>compartement (NPI-Q) | <input type="checkbox"/> |   |   |   |
| Evaluation clinique<br>globale de type CGI-C    |                          | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>                                    |

2. A fait l'objet d'une proposition multidisciplinaire de soins et de support de l'entourage :

Maintien du patient à domicile :

1°) Proposition de structure multidisciplinaire de soins : Date :  /  /

.....  
.....  
.....

2°) Proposition de support de l'entourage : Date :  /  /

.....  
.....  
.....

Placement institution de soins : Date :  /  /

1°) Type d'institution : .....

2°) Nom et adresse de l'institution : .....

3°) Proposition de structure multidisciplinaire de soins : .....

4°) Proposition de support de l'entourage : .....

**V - Spécialité demandée :**

- ARICEPT
- EXELON
- REMINYL

**VI - Identification du médecin généraliste traitant (nom, prénom, adresse) :**

..... (nom)

..... (prénom)

..... (adresse)

**VII – Identification et signature du médecin spécialiste visé au point a) 1. du § 223 du chapitre IV de l’A.R. du 21-12- 2001)**

**(nom, prénom, adresse, N°INAMI) :**

Je soussigné, médecin spécialiste

- psychiatre,
- neuropsychiatre,
- interniste gériatre,
- neurologue,

confirme les différents éléments mentionnés ci-dessus.

Je confirme également avoir transmis une copie du présent formulaire au généraliste traitant dont l'identité figure au point VI.

..... (nom)

..... (prénom)

1-..... (N° INAMI)

.. / .. / .. (DATE)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)

**ANNEXE C : Modèle de formulaire de prolongation :**

**Formulaire de demande de PROLONGATION de remboursement d'une spécialité inscrite au § 223 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 – Demande de PROLONGATION (après au moins 6 mois de remboursement) :**

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'une forme légère à modérément sévère de la maladie d'Alzheimer, et que ce patient remplit actuellement toutes les conditions nécessaires pour obtenir une prolongation après au moins 6 mois de remboursement, telles qu'elles sont mentionnées au point f) du § 223 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 :

- Conditions relatives à l'obtention d'un score n'étant pas inférieur à 10 au MMSE (Mini Mental State Examination
- Conditions relatives à l'utilité de la poursuite du traitement, sur base d'une évaluation globale réalisée par le médecin spécialiste visé au point a) 1, comprenant au moins une échelle d'évaluation clinique globale de type Clinical Global Impression of Change (CGI-C)

En outre, 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.

**III - Spécialité demandée et modalités relatives à l'évolution du patient:**

Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 12 mois, une prolongation de remboursement de la spécialité suivante :

(cochez ci-dessous la spécialité souhaitée, et mentionnez le dosage, le type et le nombre de conditionnements souhaités)

- ARICEPT (posologie journalière maximale de 10 mg)  
Dosage souhaité : \_\_\_\_\_  
Type de conditionnement souhaité : \_\_\_\_\_  
Nombre de conditionnements souhaité : \_\_\_\_\_
- EXELON (posologie journalière maximale de 12 mg)  
Dosage souhaité : \_\_\_\_\_  
Type de conditionnement souhaité : \_\_\_\_\_  
Nombre de conditionnements souhaité : \_\_\_\_\_
- REMINYL (posologie journalière maximale de 24 mg)  
Dosage souhaité : \_\_\_\_\_  
Type de conditionnement souhaité : \_\_\_\_\_  
Nombre de conditionnements souhaité : \_\_\_\_\_

Je m'engage à arrêter, chez le patient concerné, la demande de remboursement de la spécialité qui aura été autorisée si l'intensité des troubles liés à l'évolution de la maladie d'Alzheimer, mesurée par un MMSE, entraînera chez mon patient l'obtention d'un score inférieur à 10 lors de la réalisation de ce test à deux reprises à un mois d'intervalle.

Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité demandée, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point h) du § 223 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

**V– Identification du médecin responsable du traitement (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :**

..... (nom)  
..... (prénom)  
1-..... (N° INAMI)  
.../.../..... (DATE)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)