ANNEXE A : Modèle de formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité OXYCONTIN (§ 4080000 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 – Eléments à attester par le médecin responsable du traitement :

Il s'agit d'une première demande d'autorisation (période de 6 mois) :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions nécessaires pour obtenir le traitement avec la spécialité OXYCONTIN, telles que ces conditions figurent au point a) et au point b) du § 4080000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001. En effet, j'atteste que le bénéficiaire souffre d'une forme grave à très grave de douleur et qu'une thérapie antalgique préalable par un opioïde fort (palier III)

s'est montrée insuffisament efficace

(ou)

n'a pas été tolérée

Je dispose du rapport médical qui contient les éléments de preuve qui confirment le diagnostic et la nécessité du recours à l'oxycodone. Je m'engage à tenir ce rapport à la disposition du médecin-conseil.

Sur base de ces éléments, je demande au médecin-conseil d'accorder une autorisation de remboursement pour la spécialité OXYCONTIN pour une période de 6 mois

Il s'agit d'une demande de prolongation de l'autorisation (période de 12 mois) :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions nécessaires pour obtenir la prolongation de traitement avec la spécialité OXYCONTIN, telles que ces conditions figurent au point d) du § 4080000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001. En effet, ce patient a déjà reçu au moins une autorisation de remboursement pour cette spécialité OXYCONTIN. Ce traitement s'est montré efficace et j'estime que la poursuite du traitement est médicalement justifiée comme le démontre le rapport d'évolution circonstancié que je joins en annexe au présent formulaire de demande.

Sur base de ces éléments, je demande au médecin-conseil d'accorder une prolongation de l'autorisation de remboursement pour la spécialité OXYCONTIN pour une période de 12 mois.

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

(nom)

(prénom)

1 - - - (n° INAMI)

(cachet) ..... (signature du médecin)