

⊕

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DE GABAPENTINE SANDOZ® en catégorie A et B**

A l'attention du Médecin Conseil

Spécialité inscrite au § 164 du chapitre IV de l'annexe de l'A.R. du 21 décembre 2001

Spécialité inscrite au § 269 du chapitre IV de l'annexe de l'A.R. du 21 décembre 2001

Nom et prénom du patient :

Nom et prénom de l'assuré :

Adresse du patient :

Mutuelle :

N° d'affiliation :

**Demande de remboursement en catégorie A
(période de 12 mois maximum)**

Je soussigné, docteur spécialiste en neurologie/neuropsychiatrie, certifie que le patient mentionné ci-dessus, devrait recevoir comme traitement complémentaire des crises d'épilepsie partielles, en association avec les anti-épileptiques conventionnels, la spécialité GABAPENTINE SANDOZ®. Sur base du rapport circonstancié ci-joint il est démontré que ce patient est insuffisamment contrôlé par ces produits utilisés seuls ou en association.

**Demande de remboursement en catégorie B
 1^{ère} demande de remboursement
(période de 6 mois maximum)**

Je soussigné, docteur spécialiste, certifie que le patient mentionné ci-dessus, âgé de plus de 18 ans, présente une douleur neuropathique de type polynevrite diabétique ou névralgies postherpétiques et qu'une thérapie antalgique préalable par amitriptyline s'est montrée insuffisamment efficace ou n'a pas été tolérée ou est médicalement contre-indiquée.

Je certifie disposer dans le dossier médical tenu pour ce patient d'un rapport confirmant le diagnostic ainsi que la nécessité du recours à la gabapentine, établi sur base des critères de l'IASP (International Association for Study of Pain) et tenant compte des antécédents médicaux et chirurgicaux, de l'examen clinique général et neurologique, de l'analyse des symptômes et signes exprimés, ainsi que des examens complémentaires nécessaires.

De ce fait, je demande pour ce patient le remboursement de la spécialité GABAPENTINE SANDOZ® pendant une période de maximum 6 mois.

**Demande de prolongation du remboursement
(par périodes de 12 mois maximum)**

Sur base du rapport d'évolution ci-joint établissant l'efficacité du traitement chez le patient mentionné ci-dessus, j'atteste que la poursuite du traitement est médicalement justifiée et je demande que ce patient bénéficie du remboursement de GABAPENTINE SANDOZ® pendant une période de maximum 12 mois.

IDENTIFICATION DU MÉDECIN SPÉCIALISTE TRAITANT :

Nom :

Prénom :

N° INAMI :

Date :



(Signature)

.....