

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité Emselex®

§ 268 du chapitre IV

Nom et prénom du patient:

Adresse:

Nom et prénom de l'assuré:

Mutualité:

Numéro d'inscription:

☐ PREMIÈRE DEMANDE POUR EMSELEX®

Je soussigné, docteur en médecine, déclare que le patient mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions nécessaires à l'obtention du remboursement de la spécialité Emselex

telles que ces conditions figurent au § 268

- La spécialité est remboursée en catégorie B lorsqu'elle est administrée en deuxième ligne après une réponse insuffisante ou des effets secondaires inacceptables liés à un traitement par oxybutynine,
- Dans le traitement de bénéficiaires présentant une vessie neurologique avec hyperactivité vésicale, secondaire à une lésion cérébrale ou médullaire haute.
- Sur la base d'une demande du médecin spécialiste en gynécologie ou en urologie, mentionnant le diagnostic et stipulant qu'il tient les éléments de preuve confirmant ce diagnostic à la disposition du médecin-conseil, celui-ci délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous « d » de l'annexe III de l'arrêté royal du 21/12/2001 et dont la durée de validité est limitée à un maximum de 12 mois.

Le remboursement simultané des spécialités appartenant au groupe de remboursement B-265 n'est pas autorisé.

☐ DEMANDE DE PROLONGATION

Je soussigné, docteur en médecine, déclare que le patient mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions nécessaires à l'obtention du remboursement de la spécialité Emselex

telles que ces conditions figurent au § 268

- L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de maximum 60 mois sur la base du modèle « d » dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

CACHET/IDENTIFICATION DU MÉDECIN

cachet	Date: / /
	Signature du médecin:

INDICATIONS À L'ATTENTION DU PATIENT

1. Veuillez remettre ce formulaire à votre mutualité, à l'attention du Médecin-Conseil
2. Votre mutualité vous délivrera une autorisation pour le remboursement d'Emselex
3. Vous devez montrer cette autorisation au pharmacien chaque fois que vous allez chercher votre médicament, muni bien évidemment d'une prescription médicale
4. Demandez à votre médecin traitant une prolongation suffisamment longtemps avant l'expiration de l'autorisation

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité Emselex®

§ 268 du chapitre IV

Nom et prénom du patient:

Adresse:

Nom et prénom de l'assuré:

Mutualité:

Numéro d'inscription:

☐ PREMIÈRE DEMANDE POUR EMSELEX®

Je soussigné, docteur en médecine, déclare que le patient mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions nécessaires à l'obtention du remboursement de la spécialité Emselex

telles que ces conditions figurent au § 268

- La spécialité est remboursée en catégorie B lorsqu'elle est administrée en deuxième ligne après une réponse insuffisante ou des effets secondaires inacceptables liés à un traitement par oxybutynine,
- Dans le traitement de bénéficiaires présentant une vessie neurologique avec hyperactivité vésicale, secondaire à une lésion cérébrale ou médullaire haute.
- Sur la base d'une demande du médecin spécialiste en gynécologie ou en urologie, mentionnant le diagnostic et stipulant qu'il tient les éléments de preuve confirmant ce diagnostic à la disposition du médecin-conseil, celui-ci délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous « d » de l'annexe III de l'arrêté royal du 21/12/2001 et dont la durée de validité est limitée à un maximum de 12 mois.

Le remboursement simultané des spécialités appartenant au groupe de remboursement B-265 n'est pas autorisé.

☐ DEMANDE DE PROLONGATION

Je soussigné, docteur en médecine, déclare que le patient mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions nécessaires à l'obtention du remboursement de la spécialité Emselex

telles que ces conditions figurent au § 268

- L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de maximum 60 mois sur la base du modèle « d » dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

CACHET/IDENTIFICATION DU MÉDECIN

cachet	Date: / /
	Signature du médecin:

INDICATIONS À L'ATTENTION DU PATIENT

1. Veuillez remettre ce formulaire à votre mutualité, à l'attention du Médecin-Conseil
2. Votre mutualité vous délivrera une autorisation pour le remboursement d'Emselex
3. Vous devez montrer cette autorisation au pharmacien chaque fois que vous allez chercher votre médicament, muni bien évidemment d'une prescription médicale
4. Demandez à votre médecin traitant une prolongation suffisamment longtemps avant l'expiration de l'autorisation