

Demande de prise en charge du médicament DACEPTON

Matricule du patient	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom et prénom	<input type="text"/>			
Nom du médecin prescripteur	<input type="text"/>			
Code médecin	<input type="text"/>	DOCUMENT SOUS SECRET MÉDICAL		

Je soussigné(e), docteur en médecine, ayant l'expérience de la prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson, certifie que l'assuré(e) ci-dessus nommé(e) remplit les critères statutaires de prise en charge de DACEPTON :

1. La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est administrée pour le traitement des fluctuations motrices invalidantes (phénomène « on-off ») persistant, malgré un traitement avec des doses adaptées de médicaments antiparkinsoniens.
2. L'initiation de la personne protégée au traitement médicamenteux ainsi qu'à l'usage du dispositif nécessaire à l'administration a été réalisée en milieu hospitalier.
3. La personne protégée a reçu une formation théorique et pratique du volet médical et technique, elle est capable de s'administrer elle-même le médicament ou à défaut est assistée par un aidant formé en la matière.
4. La personne protégée est régulièrement suivie par un service médical expérimenté dans le domaine de la maladie de Parkinson.

Sur base du présent document, la CNS donne son accord de prise en charge pour une durée maximale de 12 mois.

L'autorisation de prise en charge peut être prolongée pour des nouvelles périodes de maximum 24 mois, sur base de ce même document.

La présente est à renvoyer au **Service Autorisations médicaments, dispositifs médicaux, orthopédie et transport** du Département Médicaments, dispositifs médicaux et médecine préventive de la CNS,
Fax: (+352) 40 78 50 – 4, rue Mercier – L-2980 Luxembourg – pharma.cns@secu.lu

Cachet, signature et date	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------