

**Demande de prise en charge du médicament ONTOZRY**

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), médecin responsable du traitement, certifie que l'assuré(e) ci-dessus nommé(e) remplit les critères statutaires de prise en charge d'ONTOZRY :**

1. La spécialité est administrée à une personne protégée adulte atteinte d'une épilepsie non contrôlée par au moins deux traitements antérieurs, pour le traitement adjuvant des crises partielles avec ou sans généralisation secondaire

Les traitements d'échec antérieurs étaient les suivants (veuillez renseigner les médicaments antiépileptiques utilisés) :

.....  
.....

2. La spécialité n'est utilisée qu'en association avec un autre médicament antiépileptique (pas en monothérapie)

---

**Sur base du présent document, la CNS donne son accord de prise en charge pour une durée maximale de 6 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 – 125, route d'Esch – L-2980 Luxembourg – [pharmacien@secu.lu](mailto:pharmacien@secu.lu)

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