CNS
d'Gesondheetskeess

Demande de prise en charge du médicament VYDURA

Matricule du patient	__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
Nom et prénom	
Nom du médecin prescripteur	
Code médecin	__ __ __ __ __ __ __ __

DOCUMENT SOUS SECRET MÉDICAL

☐ **Demande initiale (durée maximale de la validité du titre de prise en charge est de 12 mois)**

Je soussigné(e), docteur en médecine, certifie que l'assuré(e) nommé(e) ci-dessus ne souffre pas de migraine chronique et répond à un des critères pour le traitement par VYDURA : (prière de cocher le critère correspondant)

☐ Traitement des crises migraineuses en cas d'échec, d'intolérance ou de contre-indication(s) cardiovasculaire(s) aux triptans – le VYDURA peut être associé aux traitements prophylactiques habituels à l'exception des antagonistes injectables du récepteur du CGRP.

☐ Traitement préventif de la migraine épisodique chez un patient qui présente au moins 4 crises de migraine par mois et nécessitant ou préférant un traitement par voie orale comme alternative aux antagonistes injectables du récepteur du CGRP

☐ **Demande de prolongation (durée maximale de la validité du titre de prise en charge est de 12 mois)**

Je soussigné(e), médecin responsable du traitement, certifie que l'assuré(e) répond favorablement au traitement par VYDURA et que la poursuite du traitement est médicalement justifiée pendant une nouvelle période de 12 mois.

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 – pharma.cns@secu.lu

Cachet, signature et date