

Demande de prise en charge du médicament AQUIPTA

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		

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 souffre de migraine chronique sévère et répond aux critères pour le traitement de deuxième ligne par AQUIPTA: (prière de cocher le critère correspondant):

- présente au moins 8 jours de migraine par mois;
- ne présente aucune atteinte cardiovasculaire;
- ne reçoit aucun traitement concomitant avec un médicament antagoniste du récepteur du CGRP inclus dans le code ATC N02CD.

Les éléments de preuve confirmant que le patient se trouvait dans la situation déclarée au moment de la demande de prise en charge sont conservés dans le dossier médical du patient.

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 de deuxième ligne par AQUIPTA et aux critères repris ci-dessous, et que la poursuite du traitement est médicalement justifiée pendant une nouvelle période de 12 mois: (prière de cocher le critère correspondant):

- ne présente aucune atteinte cardiovasculaire;
- ne reçoit aucun traitement concomitant avec un médicament antagoniste du récepteur du CGRP inclus dans le code ATC N02CD.

Les éléments de preuve confirmant que le patient se trouvait dans la situation déclarée au moment de la demande de prise en charge sont conservés dans le dossier médical du patient.

La présente est à renvoyer au **Service Autorisations médicaments, dispositifs médicaux, orthopédie et transport** du Département Médicaments, dispositifs 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"/>
---------------------------	----------------------