ANNEXE A: Modèle de formulaire de demande
Formulaire de demande de remboursement de la spécialité EFIENT (§ 5590000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation à l'O.A.)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

II - Eléments à attester par le médecin traitant:

Je soussigné, médecin-spécialiste en cardiologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions nécessaires pour obtenir le remboursement de la spécialité EFIENT, telles que ces conditions figurent au point a) du § 5590000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, c'est-à-dire:

dans la prévention des événements athérothrombotiques, en association à l'acide acétylsalicylique, chez des bénéficiaires souffrant d'un syndrome coronaire aigu traités par une intervention coronaire percutanée (ICP) et qui se trouvent dans au moins une des situations cliniques suivantes :

☐ une intervention coronaire percutanée immédiate pour infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST a été requise ou

☐ avoir présenté une thrombose de stent malgré un traitement au clopidogrel ou

☐ être atteint de diabète.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée. Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une seule période de 12 mois, le remboursement de 1 conditionnement de 28 comprimés ou de 4 conditionnements de 84 comprimés de la spécialité EFIENT.

III- Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, N° INAMI):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (date)

|_____| (cachet) ..... (signature du médecin)