ANNEXE A: Modèle de formulaire de demande

Formulaire de demande pour le remboursement de la spécialité PRADAXA 110 mg (§ 6270200 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

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

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (nom)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (prénom)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (numéro d'affiliation)

II – Eléments qui doivent être attestés par le médecin traitant:

Je soussigné, docteur en médecine, déclare que le patient indiqué ci-dessus remplit les conditions de remboursement pour la spécialité PRADAXA 110 mg, telles qu'elles sont reprises sous le point a) du § 6270200 du chapitre IV de l' A.R. du 21 décembre 2001, à savoir qu'il souffre d'une fibrillation auriculaire non valvulaire associée à un ou plusieurs autres facteurs de risque suivants:

□ Antécédent d'AVC, d'accident ischémique transitoire ou d'embolie systémique
□ Fraction d'éjection ventriculaire gauche < 40 %
□ Insuffisance cardiaque symptomatique, classe ≥ 2 New York Heart Association (NYHA)
□ Age ≥ 75 ans
□ Age ≥ 65 ans associé à l'une des affections suivantes : diabète, coronaropathie ou hypertension artérielle.

Le bénéficiaire ne souffre pas d'insuffisance rénale sévère.

□ Première demande :

Je m'engage à garder à la disposition du médecin conseil les éléments de preuves montrant que le patient se trouve dans la situation attestée. Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité PRADAXA 110 mg.

J'atteste à ce propos que je sais que le nombre de conditionnements remboursables devra tenir compte d'une posologie de 2 x 110 mg par jour, conformément aux dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) de PRADAXA, en particulier en ce qui concerne la fonction rénale.

□ Demande de prolongation:

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve qui démontrent que le patient se trouve dans la situation attestée.
Sur base de ces éléments je demande le remboursement pour ce patient de la spécialité PRADAXA 110 mg.

J'atteste à ce propos que je sais que le nombre de conditionnements remboursables devra tenir compte d'une posologie de 2 x 110 mg par jour, conformément aux dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) de PRADAXA, en particulier en ce qui concerne la fonction rénale.

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

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (nom)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (prénom)

|_1_| - |__|__|__|__|__| - |__|__| - |__|__|__| (n° INAMI)

|__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| (date)

(cachet) .... (signature du médecin)