

ANNEXE A: Modèle de formulaire de demande

Formulaire de demande pour le remboursement de la spécialité XARELTO 15 mg (§ 6330200 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 dont le nom est mentionné ci-dessus remplit les conditions de remboursement pour la spécialité XARELTO 15 mg, telles qu'elles sont reprises sous le point a) du§ 6330200 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.

et présente une insuffisance rénale modérée (clairance de la créatinine de 30 à 49 ml/min) ou sévère (clairance de la créatinine de 15 à 29 ml/min).

Le bénéficiaire ne souffre pas d'insuffisance rénale avec clairance de créatinine < 15 ml/min.
J'ai connaissance de la nécessité d'adapter la dose à la fonction rénale.

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 de la spécialité XARELTO 15 mg.

J'atteste à ce propos que je sais que le nombre de conditionnements remboursables devra tenir compte d'une posologie de 1 x 15 mg par jour, conformément aux dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) de XARELTO, 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 XARELTO 15 mg.

J'atteste à ce propos que je sais que le nombre de conditionnements remboursables devra tenir compte d'une posologie de 1 x 15 mg par jour, conformément aux dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) de XARELTO, 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)