

**ANNEXE A: Modèle de formulaire de demande**

Formulaire de demande pour le remboursement de la spécialité ELIQUIS 5 mg (§ 6660100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

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

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)  
UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)  
UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU ( 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 ELIQUIS 5 mg, telles qu'elles sont reprises sous le point a) du § 6660100 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 avec clairance de la 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

- (max. 1) conditionnement de 56 comprimés à 5 mg de la spécialité ELIQUIS et
- (max. 3) conditionnement de 168 comprimés à 5 mg de la spécialité ELIQUIS.

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 4 conditionnements de 168 comprimés de la spécialité ELIQUIS 5 mg.

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

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)  
UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)  
U-UUUUU-UU-UUU (n° INAMI)  
U U/U U/U U U U (date)

Cachet et signature du médecin :