<u>Annexe A :</u> Modèle de formulaire de demande standardisé :
Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de dabigatran (§ 5220100 du chapitre IV de la liste jointe à l'arrêté royal du 1ier février 2018).

<u>I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation) :</u>

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

<u>II – Eléments à attester par le prescripteur :</u>

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions figurant au § 5220100 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 :

⊔ En effet, ce bénéficiaire a subi une intervention chirurgicale programmée de prothèse totale de la hanche en date du ⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ (date).

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir pendant une période de maximum 35 jours après cette intervention de prothèse totale de la hanche le remboursement de :

⊔ La spécialité pharmaceutique concernée à une posologie de max. 220 mg par jour.

OU

⊔ La spécialité pharmaceutique concernée à une posologie de max. 150 mg par jour.
(pour un bénéficiaire âgé de plus de 75 ans et/ou souffrant d'insuffisance rénale modérée et/ou traité par amiodarone et/ou traité par vérapamil).

⊔ En effet, ce bénéficiaire a subi une intervention chirurgicale programmée de prothèse totale du genou en date du ⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ (date).

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir pendant une période de maximum 10 jours après cette intervention de prothèse totale de genou le remboursement de :

⊔ La spécialité pharmaceutique concernée à une posologie de max. 220 mg par jour.

OU

⊔ La spécialité pharmaceutique concernée à une posologie de max. 150 mg par jour.
(pour un bénéficiaire âgé de plus de 75 ans et/ou souffrant d'insuffisance rénale modérée et/ou traité par amiodarone et/ou traité par vérapamil)

J'atteste que je sais que le remboursement simultané de la spécialité pharmaceutique concernée avec un autre anticoagulant oral de la catégorie B-303 ou B-235 n'est jamais autorisé.

<u>III – Identification du médecin mentionné ci-dessus au point II :</u>

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

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

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

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

| | (CACHET) ..... (SIGNATURE DU MEDECIN)