

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de dabigatran inscrite au § 6270000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018.

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus 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.
- ☐ Diabète sucré.
- ☐ Coronaropathie.
- ☐ Hypertension artérielle.

- ☐ Je sais que pour le nombre d'emballages éligibles au remboursement, on tient compte d'une posologie maximale conformément aux dispositions figurant dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) de la spécialité pharmaceutique concernée.
- ☐ J'ai pris connaissance des dispositions figurant dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) de la spécialité pharmaceutique concernée, et notamment du fait que :
 - Une posologie maximale de 2 x 110 mg par jour est recommandée :
 - Pour les bénéficiaires âgés de 80 ans ou plus.
 - Pour les bénéficiaires traités de façon concomitante par du vérapamil.
 - La spécialité pharmaceutique concernée n'est pas remboursée chez des patients ayant une rénale sévère (clairance de la créatinine <30 mL/min).

J'atteste aussi 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.

Je déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus se trouve, au moment de la demande, dans la situation visée au point a) ci-dessus du §6270000 du chapitre IV de la liste jointe à l'AR du 01-02-2018.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin conseil les éléments de preuves relatives à la situation du bénéficiaire.

Je m'engage à respecter les dispositions mentionnées au point b) et f) ci-dessus du §6270000 du chapitre IV de la liste jointe à l'AR du 01-02-2018.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de cette spécialité pour une période de 12 mois maximum.

Version valable à partir du 01.09.2024

