

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de rivaroxaban inscrite au § 6330000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018.

(nom)

(prénom)

(numéro d'affiliation)

- ☐ 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).
- ☐ Âge ≥ 75 ans.
- ☐ Diabète sucré.
- ☐ Coronaropathie.
- ☐ Hypertension artérielle.

(nom)
 (prénom)
 1 - - - (n° INAMI)
 / / (date)

--

.....

Version valable à partir du 01.09.2024