

ANNEXE A : FORMULAIRE DE DEMANDE:

Demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 1070000 du chapitre IV de l'A.R. du 21-12-2001 :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que mon patient:

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE (nom, prénom, N° d'affiliation)

I - Indication [point a) du paragraphe 1070000 du chapitre IV de l'A.R. du 21-12-2001]:

Se trouve dans la situation clinique telle que décrite au point dont j'ai coché ci-dessous la case correspondante, et que de ce fait ce patient nécessite de recevoir le remboursement du traitement qui est mentionné pour la spécialité :

(une spécialité à base de lansoprazol (code ATC A02BC03) inscrite dans le § 1070000)

1. Ulcère duodénal, démontré par endoscopie (ou, en cas d'impossibilité documentée, par examen radiographique):
 - 1.1. ☐ traitement à 30 mg par jour pendant 28 jours
(Remboursement de 1 conditionnement de 28 x 30 mg)
 - 1.2. ☐ réfractaire aux autres traitements, traitement par 30 mg par jour pendant 56 jours
(Remboursement de 2 conditionnements de 28 x 30 mg)
2. Ulcère gastrique, démontré par endoscopie (ou, en cas d'impossibilité documentée, par examen radiographique):
 - 2.1. ☐ traitement à 30 mg par jour pendant 56 jours
(Remboursement de 2 conditionnements de 28 x 30 mg)
 - 2.2. ☐ réfractaire aux autres traitements, traitement par 30 mg par jour pendant 56 jours
(Remboursement de 2 conditionnements de 28 x 30 mg)
3. Oesophagite de stade A ou de stade B selon la classification de Los Angeles, démontrée par endoscopie:
 - 3.1. ☐ traitement initial à 30 mg par jour pendant 28 jours
(Remboursement de 1 conditionnement de 28 x 30 mg)
 - 3.2. ☐ réfractaire au traitement initial à 30 mg par jour, traitement initial complémentaire à 30 mg par jour pendant 56 jours
(Remboursement de 2 conditionnements de 28 x 30 mg)
4. Oesophagite de stade A ou de stade B selon la classification de Los Angeles, démontrée par une endoscopie effectuée dans les 3 dernières années, lorsque, le traitement initial ayant été efficace, il y a ensuite récurrence au moins deux fois par semaine des symptômes typiques de l'oesophagite peptique de reflux (La date de fin de validité de l'autorisation de remboursement ne peut dépasser un délai de 3 ans maximum à partir de la date de l'endoscopie concernée) :
 - 4.1. ☐ traitement d'entretien, pour une période de 6 mois, avec un maximum de 15 mg par jour.
(Remboursement de 3 conditionnements de 56 x 15 mg ou de 2 conditionnements de 84 x 15 mg)
 - 4.2. ☐ traitement d'entretien, pour une période de 6 mois, avec un maximum de 30 mg par jour, lorsque le traitement d'entretien à 15 mg par jour s'est montré inefficace.
(Remboursement de 6 conditionnements de 28 x 30 mg).
5. Oesophagite de stade C ou de stade D selon la classification de Los Angeles, démontrée par endoscopie:
 - 5.1. ☐ traitement initial à 30 mg par jour pendant une période de 16 semaines ;
(Remboursement de 4 conditionnements de 28 x 30 mg)
 - 5.2. ☐ traitement d'entretien continu, pour une période de 12 mois, à 15 mg par jour.
(Remboursement de maximum 1 conditionnement de 28 x 15 mg + 4 conditionnements de 84 x 15 mg).
 - 5.3. ☐ traitement d'entretien continu, pour une période de 12 mois, à 30 mg par jour, lorsque le traitement d'entretien à 15 mg par jour s'est montré inefficace.
(Remboursement de 13 conditionnements de 28 x 30 mg).
6. ☐ Gastrite hémorragique sévère, démontrée par endoscopie, traitement par 30 mg par jour pendant 28 jours.
(Remboursement de 1 conditionnement de 28 x 30 mg)
7. (non applicable).
8. ☐ Syndrome de Zollinger-Ellison, par période de 12 mois :
Posologie quotidienne et conditionnements demandés :

(La posologie maximale remboursable est de 180 mg par jour.)
9. (non applicable).

II - Circonstances particulières éventuelles du § 1070000 du chapitre IV de l'AR du 21-12-2001

Point b) , le cas échéant :

- ☐ En outre, j'atteste que le patient mentionné ci-dessus se trouve dans une situation clinique exceptionnelle telle que j'estime médicalement que le recours à l'examen prévu n'apportera pas un bénéfice diagnostique et thérapeutique suffisant en regard des risques encourus par la réalisation de cet examen. Je dispose dans le dossier médical de ce patient d'un rapport médical circonstancié démontrant cette situation exceptionnelle ainsi que l'indication cochée ci-dessus.

(Ces situations exceptionnelles sont par exemple une mucoviscidose, une sclérodermie oesophagienne majeure, un état grabataire prolongé, un handicap mental grave entraînant un comportement empêchant d'effectuer l'examen.)

.....

(nom)

.....

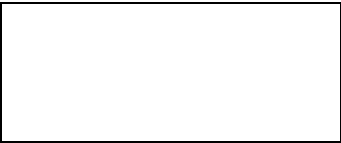
(prénom)

1-.....-..-....

(N° INAMI)

.. / .. /

(Date)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)