

Formulaire de demande pour le remboursement de la spécialité XARELTO 20 mg (§ 6330100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

\_\_\_\_\_

Je soussigné, docteur en médecine, déclare que le patient dont le nom est mentionné ci-dessus remplit les conditions de remboursement pour la spécialité XARELTO 20 mg, telles qu'elles sont reprises sous le point a) du § 6330100 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.

- Première demande :

□ (max. 1) conditionnement de 28 comprimés à 20 mg de la spécialité XARELTO et

- Demande de prolongation:

Sur base de ces éléments je demande le remboursement pour ce patient de 4 conditionnements de 98 comprimés de la spécialité XARELTO 20 mg.

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

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

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

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

--

(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)