ANNEXE A: Modèle de formulaire de demande Formulaire de demande pour le remboursement de la spécialité XARELTO 15 mg (§ 633O2OO du chapitre IV de l'A.R. du 2 décembre 2001)
I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.):
II – Eléments qui doivent être attestés par le médecin traitant:
Je soussigné, docteur en médecine, déclare que le patient dont le nom est mentionné ci-dessus remplit les conditions or remboursement pour la spécialité XARELTO 15 mg, telles qu'elles sont reprises sous le point a) du§ 6330200 du chapitre IV de l' A.F. du 21 décembre 2001, à savoir qu'il souffre d'une fibrillation auriculaire non valvulaire associée à un ou plusieurs autres facteurs or 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.
et présente une insuffisance rénale modérée (clairance de la créatinine de 30 à 49 ml/min) ou sévère (clairance de la créatinine de 1 à 29 ml/min).
Le bénéficiaire ne souffre pas d'insuffisance rénale avec clairance de créatinine < 15 ml/min. J'ai connaissance de la nécessité d'adapter la dose à la fonction rénale.
□ Première demande :
Je m'engage à garder à la disposition du médecin conseil les éléments de preuves montrant que le patient se trouve dans la situation attestée. Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de u (max. 1) conditionnement de 28 comprimés à 15 mg de la spécialité XARELTO et u (max. 3) conditionnement de 98 comprimés à 15 mg de la spécialité XARELTO.
□ Demande de prolongation:
Je m'engage à tenir à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve qui démontrent que le patient se trouve dans situation attestée. Sur base de ces éléments je demande le remboursement pour ce patient de 4 conditionnements de 98 comprimés de la spécialit XARELTO 15 mg.
III - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, N° INAMI):
(nom)
(prénom)
1 - [] - [] - [] - [] (n° INAMI)
/(date)
(CACHET) (SIGNATURE DU MEDECIN)