

ANNEXE A

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité TRAVATAN 40 µg/ml 3 x 2,5 ml inscrite au § 2310000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

I - Identification du bénéficiaire:

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (nom)
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (prénom)
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (numéro d'inscription)

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en ophtalmologie, déclare que le patient mentionné ci-dessus, est traité pour un glaucome à angle ouvert ou une hypertension oculaire.

Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve qui démontrent que mon patient se trouve dans la situation exposée, principalement les résultats des mesures de la pression oculaire.

II - Première demande:

Je demande pour mon patient le remboursement de la spécialité

☐ TRAVATAN 40 µg/ml 3 x 2,5 ml

pour une première période de: □□ mois (maximum 12 mois)

III - Demande de prolongation:

Je confirme que le traitement s'est avéré efficace chez ce patient et je demande pour lui la prolongation du remboursement de la spécialité

☐ TRAVATAN 40 µg/ml 3 x 2,5 ml

pour une nouvelle période de : □□ mois (maximum 12 mois).

IV - Identification du médecin-spécialiste en ophtalmologie:

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (nom)

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (prénom)

□1□ - □□□□□ - □□□ - □□□□□ (n° INAMI)

□□□ / □□□ / □□□□□ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)