

ANNEXE A

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité XALATAN 0,005 % inscrite au § **ANNEXE A**

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité XALATAN 0,005 % inscrite au § 1750000 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:

J'accepte que les conditionnements de 1 flacon ne peuvent être prescrits que pour l'initiation du traitement (maximum 3 conditionnements de 1 flacon)

Je demande pour mon patient le remboursement de la spécialité

☐ XALATAN 0,005 % 1 x 2,5 ml (maximum 3 conditionnements) + XALATAN 0,005% 3 x 2,5 ml (maximum 3 conditionnements)

ou

☐ XALATAN 0,005 % 3 x 2,5 ml (maximum 4 conditionnements)

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

☐ XALATAN 0,005 % 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)