

## Annexe A

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité PROCORALAN (§ 6460000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001) :

### I - Identification du bénéficiaire

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

### II - Eléments à attester par le prescripteur

#### ☐ Il s'agit d'une première demande de remboursement

Le soussigné est docteur en médecine, médecin spécialiste :

- ☐ en cardiologie
- ☐ en médecine interne

Le soussigné certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'une insuffisance cardiaque chronique de classe NYHA II à IV avec dysfonction systolique, avec une FE < 35%, en rythme sinusal et dont la fréquence cardiaque est  $\geq 75$  bpm et objectivée de la manière suivante :

- ☐ 1.1. une classe NYHA II à IV
- ☐ 1.2. une fraction d'éjection < 35%, objectivée par une échocardiographie récente (moins d'un an)
- ☐ 1.3. une fréquence cardiaque  $\geq 75$  bpm, objectivée par cette même échocardiographie

Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée. Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une première période de 12 mois, le remboursement de la spécialité PROCORALAN avec une posologie de :

- ☐ 2 x 5 mg par jour, ce qui nécessite le remboursement de 13 conditionnements de 56 x 5mg
- ☐ 2 x 7,5 mg par jour, ce qui nécessite le remboursement de 13 conditionnements de 56 x 7,5mg

#### ☐ Il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement

Le soussigné est docteur en médecine, médecin spécialiste :

- ☐ en cardiologie
- ☐ en médecine interne

J'atteste que la prolongation du remboursement de la spécialité PROCORALAN pour une période de 12 mois est médicalement justifiée pour ce patient insuffisant cardiaque, avec une posologie de :

- ☐ 2 x 5 mg par jour, ce qui nécessite le remboursement de 13 conditionnements de 56 x 5mg
- ☐ 2 x 7,5 mg par jour, ce qui nécessite le remboursement de 13 conditionnements de 56 x 7,5mg

### III- Identification du médecin-prescripteur (N° INAMI)

(nom).....  
(prénom).....  
(n° INAMI).....  
(date).....

Cachet