	ANNEXE A FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE LA SPECIALITE DUOTRAV (§ 3990000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)
	I – Identification de l'ayant droit (nom, prénom, N° d'affiliation à l'O.A.):
	Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en ophtalmologie, déclare que le patient mentionné ci-dessus, n'a pas répondu suffisamment aux bêta-bloquants à usage ophtalmique en monothérapie et a déjà obtenu le remboursement pour un traitement préalable avec une spécialité à administration oculaire à base de bimatoprost en monothérapie, à base de travoprost en monothérapie ou à base de latanoprost en monothérapie pour le traitement d'un glaucome à angle-ouvert et/ou d'une hypertension oculaire, présente actuellement une réponse insuffisante à une de ces spécialités lorsqu'elle est utilisée en monothérapie. Je déclare que ce patient ne présente aucune intolérance ni contre-indication aux bêta-bloquants à usage ophtalmique (à savoir : asthme bronchique, affection respiratoire chronique spécifique grave, bradycardie sinusale, bloc AV du deuxième ou du troisième degré insuffisance cardiaque manifeste ou choc cardiogénique). 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.
	Le patient a été traité par la prostaglandine/prostamide suivante en monothérapie(nom spécialité)
	 II – Première demande: □ Je demande pour mon patient le remboursement de la spécialité DUOTRAV 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 DUOTRAV pour une nouvelle période de : ⊔⊔ mois (maximum 12 mois).
	IV – Identification du Médecin-spécialiste en ophtalmologie:
Į	(nom)
ļ	1 - [
ļ	/(date)

(signature du médecin)

(cachet)