

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 5520000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions nécessaires pour obtenir le remboursement de la spécialité (nom de la spécialité inscrite au § 5520000), telles que ces conditions figurent au point a) du § 5520000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- et se trouve dans la ou les situations cliniques suivantes:**

- Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée. Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 12 mois, le remboursement de la spécialité (nom de la spécialité inscrite au § 5520000).

Ce nombre de conditionnements doit consister en une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements qui doit être la moins chère pour le patient ou si la quote-part personnelle du patient est la même pour plusieurs combinaisons possibles, la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

2. \square (2.) Soit pour un traitement en association à l'acide acétylsalicylique, car, en date du

⌐ (2.1) il a présenté un syndrome coronarien aigu, dont le diagnostic a été établi lors d'une hospitalisation par la présence sur le tracé électrocardiographique de nouvelles modifications ST-T compatibles avec une ischémie ou par une élévation de la troponine I ou T avant PCI (valeur $\geq 2 \times$ la normale pour la méthode utilisée) ;

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée. Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 12 mois, le remboursement de la spécialité(nom de la spécialité inscrite au § 5520000).

Je demande pour mon patient le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir un traitement de 12 mois à une dose maximale de 75 mg par jour.

Le nombre de conditionnements doit consister en une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements qui doit être la moins chère pour le patient ou si la quote-part personnelle du patient est la même pour plusieurs combinaisons possibles, la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

- (2.2) il a été traité par stent pharmacologique (DES).

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée. Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 12 mois, le

remboursement de la spécialité (nom de la spécialité inscrite au § 5520000).

Je demande pour mon patient le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir un traitement de 12 mois à une dose maximale de 75 mg par jour.

Ce nombre de conditionnements doit consister en une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements qui doit être la moins chère pour le patient ou si la quote-part personnelle du patient est la même pour plusieurs combinaisons possibles, la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

☐ (2.3) il a été traité par stent métallique nu (BMS).

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée. Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 4 semaines, le remboursement de la spécialité (nom de la spécialité inscrite au § 5520000).

Je demande pour mon patient le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir un traitement de 4 semaines à une dose maximale de 75 mg par jour.

Ce nombre de conditionnements doit consister en une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements qui doit être la moins chère pour le patient ou si la quote-part personnelle du patient est la même pour plusieurs combinaisons possibles, la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

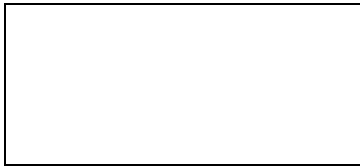
III - Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, N°INAMI):

..... (nom)

..... (prénom)

1 - (n° INAMI)

..... / / (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)