

**ANNEXE A: Modèle de formulaire de demande :**

Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité Xarelto  
(§ 6390000 du chapitre IV de l' AR du 21 décembre 2001)

**I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'OA.)**

□  
□  
□ □

**II - Eléments à confirmer par le médecin traitant :**

Je, soussigné, médecin, certifie que le patient adulte avec TVP (thrombose veineuse profonde) a besoin d'un traitement avec Xarelto 15 mg 2 fois par jour pendant 3 semaines pour l'initiation (), puis Xarelto 15 mg ou 20 mg une fois par jour pour continuer le traitement de la thrombose veineuse profonde (TVP) et la prévention de la thrombose veineuse profonde et l'embolie pulmonaire récidivante (EP) à la suite d'une thrombose veineuse profonde aiguë.

La durée du remboursement dépend des besoins de traitement, par TVP, à savoir un traitement de courte durée allant jusqu'à 3 mois après l'apparition des facteurs de risque pour la durée du traitement transitoire et une durée de traitement plus longue (6-12 mois) basée sur les facteurs de risque de TVP idiopathique ou permanents.

Date de la TVP: □ □ / □ □ / □ □ □ □

- ☐ La spécialité sera administrée à une dose de 15 mg deux fois par jour pendant les trois premières semaines, puis par la suite à une dose de 20 mg une fois par jour.

Je demande le remboursement pour :

- ☐ 3 mois (1 conditionnement 42 x 15 mg + 1 conditionnement 98 x 20 mg )  
☐ 6 mois (1 conditionnement 42 x 15 mg + 2 conditionnements 28 x 20 mg + 1 conditionnement 98 x 20 mg)  
☐ 12 mois (1 conditionnement 42 x 15 mg + 2 conditionnements 28 x 20 mg + 3 conditionnements 98 x 20 mg)

- ☐ Cela concerne un patient atteint d'une insuffisance rénale modérée (clairance à la créatinine 30 - 49 ml/min) ou d'insuffisance rénale sévère (clairance à la créatinine 15-29 ml/min), chez qui j'estime que le risque de saignement du patient prévaut sur le risque de récurrence sous forme d'EP et de TVP. La spécialité sera administrée à une dose de 15 mg deux fois par jour pendant les trois premières semaines, puis par la suite à une dose de 15 mg une fois par jour.

Je demande le remboursement pour :

- ☐ 3 mois (1 conditionnement 42 x 15 mg + 1 conditionnement 98 x 15 mg )  
☐ 6 mois (1 conditionnement 42 x 15 mg + 2 conditionnements 28 x 15 mg + 1 conditionnements 98 x 15 mg)  
☐ 12 mois (1 conditionnement 42 x 15 mg + 2 conditionnements 28 x 15 mg + 3 conditionnements 98 x 15 mg)

Les combinaisons ci-dessus correspondent à une période de traitement complet de 3, 6 ou 12 mois après la survenue de thrombose veineuse profonde.

En fonction de la date de la thrombose veineuse profonde, le médecin-conseil autorise le remboursement des conditionnements nécessaires pour couvrir le traitement du patient d'une durée totale de 3, 6 ou 12 mois.

Sur demande, j'envoie les pièces justificatives qui soutiennent la situation attestée de mon patient, au médecin conseil de l'organisme assureur.

**III – Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, numéro INAM)**

□ (nom)  
□ (prénom)  
1 - □ □ □ □ . □ □ . □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ ( nr. INAMI)  
□ □ / □ □ / □ □ □ □ (date)  
(cachet du médecin) ..... (signature du médecin )