

## ANNEXE A : modèle de formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 6730000 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 30 unidoses 50 microgram/ml ne peuvent être prescrits que pour l'initiation du traitement (maximum 3 conditionnements de 30 unidoses 50 microgram/ml).

Je demande pour mon patient le remboursement de la spécialité

☐ .....(nom de la spécialité à base de latanoprost 50 µg/ml inscrite au § 6730000) 30 unidoses 50 microgram/ml (maximum 3 conditionnements) + .....(nom de la spécialité à base de latanoprost 50 µg/ml inscrite au § 6730000) 90 unidoses 50 microgram/ml (maximum 3 conditionnements)

ou

☐ .....(nom de la spécialité à base de latanoprost 50 µg/ml inscrite au § 6730000) 90 unidoses 50 microgram/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

☐ .....(nom de la spécialité à base de latanoprost 50 µg/ml inscrite au § 6730000) 90 unidoses 50 microgram/ml (maximum 4 conditionnements)

pour une nouvelle période de : .. mois (maximum 12 mois).

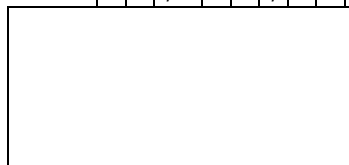
### IV - Identification du médecin-spécialiste en ophtalmologie:

..... (nom)

..... (prénom)

1 - ..... - ..... - ..... (n° INAMI)

..... / ..... / ..... (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)