

ANNEXE A

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité COSOPT UNIT DOSE (§ 5340000 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, en traitement pour un glaucome à angle ouvert ou glaucome pseudo-exfoliatif a présenté une réponse insuffisante à un bêta-bloquant à usage ophtalmique lorsqu'il est utilisé en monothérapie.

En outre, 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 aspécifique sévère, 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 déclarée, principalement les résultats des mesures de la pression oculaire.

II - Première demande :

Je demande pour mon patient le remboursement de la spécialité COSOPT UNIT DOSE 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 COSOPT UNIT DOSE 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)