

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité ADCIRCA (§ 5930000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

De plus, je m'engage à suivre le traitement d'une manière précise avec échographie cardiaque et test de marche de 6 minutes tous les 6 mois ou tout autre examen technique probant dont je tiendrai les résultats à disposition du médecin-conseil.

V – Identification du médecin spécialiste mentionné à point II ci-dessus:

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)

(*) En annexe au présent formulaire de demande, je joins le protocole complet du cathétérisme cardiaque droit avec épreuve pharmacodynamique au monoxyde d'azote ou à l'époprostenol mentionnant les différentes mesures effectuées et le résultat de l'évaluation fonctionnelle par un test de marche.

(uniquement pour une première demande d'autorisation, c'est à dire lorsque le bénéficiaire n'a encore jamais obtenu un remboursement de la spécialité ADCIRCA sur base des conditions du § 5930000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001).