

## ANNEXE A

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité AZARGA (§ 5160000 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 de l'hypertension oculaire:

- ☐ 1°. a présenté une réponse insuffisante à un bêta-bloquant à usage ophtalmique lorsqu'il est utilisé en monothérapie ;
- ☐ 2°. a déjà été traité avec les conditionnements de AZARGA existants et non remboursés et ce pendant une période transitoire de 6 mois qui ont précédé l'entrée en vigueur du présent paragraphe. Je confirme que chez ce patient ce traitement s'est montré efficace, et qu'il n'est pas médicalement souhaitable qu'un changement de traitement soit actuellement réalisé chez lui.

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

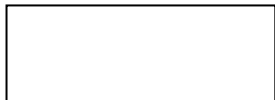
### IV - Identification du Médecin-spécialiste en ophtalmologie:

..... (nom)

..... (prénom)

1-.....-.....-..... (n° INAMI)

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



(cachet)

.....(signature du médecin)