

Formulaire de demande pour le remboursement de la spécialité XARELTO 15 mg (§ 633O200 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

\_\_\_\_\_

Je soussigné, docteur en médecine, déclare que le patient dont le nom est mentionné ci-dessus remplit les conditions de remboursement pour la spécialité XARELTO 15 mg, telles qu'elles sont reprises sous le point a) du § 6330200 du chapitre IV de l' A.R. du 21 décembre 2001, à savoir qu'il souffre d'une fibrillation auriculaire non valvulaire associée à un ou plusieurs autres facteurs de risque suivants :

- et présente une insuffisance rénale modérée (clairance de la créatinine de 30 à 49 ml/min) ou sévère (clairance de la créatinine de 15 à 29 ml/min).

□ Première demande :

□ (max. 3) conditionnement de 98 comprimés à 15 mg de la spécialité XARELTO.

- Demande de prolongation:

Sur base de ces éléments je demande le remboursement pour ce patient de 4 conditionnements de 98 comprimés de la spécialité XARELTO 15 mg.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

| | | / | | / | | | | (date)

--	--

(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)