

Formulaire de demande pour le remboursement de la spécialité PRADAXA 150 mg (§ 6270100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, déclare que le patient indiqué ci-dessus remplit les conditions de remboursement pour la spécialité PRADAXA 150 mg, telles qu'elles sont reprises sous le point a) du § 6270100 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 :

- Le bénéficiaire ne se trouve dans aucune des situations suivantes :

- Agé de plus de 80 ans
- Traité par vérapamil
- Insuffisance rénale sévère

- Première demande

Je m'engage à garder à la disposition du médecin conseil les éléments de preuves montrant que le patient se trouve dans la situation attestée. Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de :

- ☐ (max. 1) conditionnement de 60 gélules à 150 mg de la spécialité PRADAXA et
- ☐ (max. 3) conditionnement de 180 gélules à 150 mg de la spécialité PRADAXA.

- Demande de prolongation

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve qui démontrent que le patient se trouve dans la situation attestée.

Sur base de ces éléments je demande le remboursement pour ce patient de 4 conditionnements de 180 comprimés de la spécialité PRADAXA 150 mg.

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

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

| 1 | - | | | | | | - | | | - | | | | (n° INAMI)

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

--

(cachet)

..... (signature du médecin)