

## ANNEXE A

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 3680000 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  $\beta$ -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  $\beta$ -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 .....  
(nom de la spécialité inscrite au § 3680000) 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 ..... (nom de la spécialité inscrite au § 3680000) 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)