

ANNEXE A : FORMULAIRE DE DEMANDE:

Demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 2130000 du chapitre IV de l'A.R. du 21-12-2001 :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que mon patient:

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE (nom, prénom, N° d'affiliation)

I - Indication [point a) du § 2130000 du chapitre IV de l'AR du 21-12-2001]:

Se trouve dans la situation clinique telle que décrite au point dont j'ai coché ci-dessous la case correspondante, et que de ce fait ce patient nécessite de recevoir le remboursement du traitement qui est mentionné pour la spécialité NEXIAM

1. Ulcère duodénal, démontré par endoscopie (ou, en cas d'impossibilité documentée, par examen radiographique) simultanément à la présence d'*Helicobacter pylori* en association avec une combinaison antibactérienne adéquate, le remboursement d'un traitement avec une posologie de 2 fois 20 mg par jour pendant une période de 7 jours (Remboursement de 1 conditionnement de 14x20 mg).
2. (non applicable)
3. Oesophagite de stade A ou de stade B selon la classification de Los Angeles, démontrée par endoscopie:
 - 3.1. traitement initial à 40 mg par jour pendant 28 jours
(Remboursement de 1 conditionnement de 28x40 mg)
 - 3.2. , réfractaire au traitement initial à 40 mg par jour, traitement initial complémentaire à 40 mg par jour pendant 28 jours
(Remboursement de 1 conditionnement de 28x40 mg)
4. Oesophagite de stade A ou de stade B selon la classification de Los Angeles, démontrée par une endoscopie effectuée dans les 3 dernières années, lorsque, le traitement initial ayant été efficace, il y a ensuite récurrence au moins deux fois par semaine des symptômes typiques de l'oesophagite peptique de reflux (La date de fin de validité de l'autorisation de remboursement ne peut dépasser un délai de 3 ans maximum à partir de la date de l'endoscopie concernée) :
traitement d'entretien pour une période maximum de 6 mois, avec un maximum de 20 mg par jour.
(Remboursement de maximum 3 conditionnements de 56x20 mg)
5. Oesophagite de stade C ou de stade D selon la classification de Los Angeles, démontrée par endoscopie :
 - 5.1. traitement initial à 40 mg par jour pendant une période de 4 semaines ;
(Remboursement de 1 conditionnement de 28x40 mg)
 - 5.2. traitement initial complémentaire à 40 mg par jour pour une période de 4 semaines ;
(Remboursement de 1 conditionnement de 28x40 mg).
 - 5.3. traitement d'entretien continu, pour une période de maximum 12 mois, à maximum 20 mg par jour.
(Remboursement de 1 conditionnement de 28x20 mg + 6 conditionnements de 56x20 mg).
6. (non applicable)
7. (non applicable)
8. (non applicable)
9. L'endoscopie ne montre aucune lésion d'oesophagite (grade 0) mais une pH-métrie de 24 heures démontre une valeur de pH inférieure à 4 pendant au moins 5 % du temps total ou au moins 3 % de la période nocturne ; (l'autorisation de remboursement est valable au maximum 3 ans à partir de la date de la pH-métrie concernée) :
Traitement d'entretien, avec une posologie maximum de 20 mg par jour, par période de 6 mois maximum.
(Remboursement de 3 conditionnements de 56x20 mg).

II - Circonstances particulières éventuelles du § 2130000 du chapitre IV de l'AR du 21-12-2001

- Point b) , le cas échéant :

En outre, j'atteste que le patient mentionné ci-dessus se trouve dans une situation clinique exceptionnelle telle que j'estime médicalement que le recours à l'examen prévu n'apportera pas un bénéfice diagnostique et thérapeutique suffisant en regard des risques encourus par la réalisation de cet examen. Je dispose dans le dossier médical de ce patient d'un rapport médical circonstancié démontrant cette situation exceptionnelle ainsi que l'indication cochée ci-dessus.

(Ces situations exceptionnelles sont par exemple une mucoviscidose, une sclérodermie oesophagienne majeure, un état grabataire prolongé, un handicap mental grave entraînant un comportement empêchant d'effectuer l'examen.)

IDENTIFICATION DU MEDECIN (nom, prénom, adresse, N°INAMI)

- - (DATE)

..... (CACHET)

..... (SIGNATURE DU MEDECIN)