I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.):
II – Eléments qui doivent être attestés par le médecin traitant:
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 20 mg, telles qu'elles sont reprises sous le point a) du§ 6330100 du chapitre IV de A.R. du 21 décembre 2001, à savoir qu'il souffre d'une fibrillation auriculaire non valvulaire associée à un ou plusieurs autres facteur de risque suivants :
 □ Antécédent d'AVC, d'accident ischémique transitoire ou d'embolie systémique □ Fraction d'éjection ventriculaire gauche < 40 % □ Insuffisance cardiaque symptomatique, classe ≥ 2 New York Heart Association (NYHA) □ Age ≥ 75 ans □ Age ≥ 65 ans associé à l'une des affections suivantes : diabète, coronaropathie ou hypertension artérielle.
J'ai connaissance de la nécessité d'adapter la dose à la fonction rénale.
□ 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 28 comprimés à 20 mg de la spécialité XARELTO et ⊔ (max. 3) conditionnement de 98 comprimés à 20 mg de la spécialité XARELTO.
□ 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 listuation attestée. Sur base de ces éléments je demande le remboursement pour ce patient de 4 conditionnements de 98 comprimés de la spécialit XARELTO 20 mg.
III – Identification du médecin (nom, prénom, adresse, N° INAMI):
(nom)
(prénom)
/(date)
(CACHET)(SIGNATURE DU MEDECIN)

Formulaire de demande pour le remboursement de la spécialité XARELTO 20 mg (§ 6330100 du chapitre IV de l'A.R. du 21

ANNEXE A: Modèle de formulaire de demande

décembre 2001)