

ANNEXE A

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE LA SPECIALITE XALACOM (§2460000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I – Identification de l'ayant droit :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (nom)
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (prénom)
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (numéro d'inscription)

Je soussigné, Docteur en Médecine, spécialiste reconnu en ophtalmologie, déclare que le patient mentionné ci-dessus, n'a pas répondu suffisamment aux bêta-bloquants à usage ophtalmique et a déjà reçu auparavant une autorisation pour une des spécialités suivantes: XALATAN, LUMIGAN ou TRAVATAN pour le traitement d'un glaucome à angle-ouvert et/ou d'une hypertension oculaire, présente actuellement une réponse insuffisante à une de ces spécialités lorsqu'elle est utilisée en monothérapie. Je déclare que ce patient ne présente aucune intolérance ni contre-indication aux β -bloquants à usage ophtalmique (à savoir : asthme bronchique, affection respiratoire chronique spécifique grave, 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 exposée, principalement les résultats des mesures de la pression oculaire.

II - Première demande :

Je demande pour mon patient le remboursement de la spécialité XALACOM pour une première période de : □□ mois (maximum 12 mois). J'ajoute de plus la vignette détachable du conditionnement d'essai.

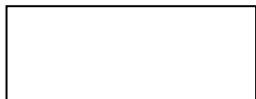
III - Demande de prolongation :

Je confirme que le traitement s'est avéré efficace chez ce patient et je demande pour lui la prolongation du remboursement de la spécialité XALACOM 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)