	Formulaire de demande de remboursement de la spécialité COMBIGAN (§ 4050000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)
	I – Identification de l'ayant droit :
	Je soussigné, Docteur en Médecine, spécialiste reconnu en ophtalmologie, déclare que le patient mentionné ci-dessus, en traitement pour un glaucome à angle ouvert et/ou de l'hypertension oculaire a présenté une réponse insuffisante à un ß-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 bèta-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 COMBIGAN 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 COMBIGAN pour une nouvelle période de : □□ mois (maximum 12 mois).
	IV - Identification du Médecin-spécialiste en ophtalmologie :
	(nom)
	(prénom)
	1 - - - (numéro INAMI)
Į	/(date)
	(cachet) (signature du médecin)

ANNEXE A