<u>Annexe A :</u> Modèle de formulaire de demande standardisé

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'apixaban 2,5 mg (§ 6050000 du chapitre IV de la liste jointe à l'arrêté royal du 1 février 2018).

<u>I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation) :</u>

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

<u>II - Eléments à attester par le prescripteur :</u>

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions figurant au § 6050000 chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 01 février 2018 :

⊔ En effet, ce bénéficiaire a subi une intervention chirurgicale programmée de prothèse totale de la hanche en date :
Du ⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ (date).

Sur base de ces éléments, j'atteste que le bénéficiaire nécessite de recevoir pendant une période de maximum 38 jours après cette intervention de prothèse totale de la hanche le remboursement de :

⊔ La spécialité pharmaceutique concernée à une posologie de max. 5 mg par jour.

⊔ En effet, ce bénéficiaire a subi une intervention chirurgicale programmée de prothèse totale du genou en date :
Du ⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ (date).

Sur base de ces éléments, j'atteste que le bénéficiaire nécessite de recevoir pendant une période de maximum 14 jours après cette intervention de prothèse totale de genou le remboursement de :

⊔ La spécialité pharmaceutique concernée à une posologie de max. 5 mg par jour.

De plus, j'atteste savoir que le remboursement simultané de cette spécialité avec un autre anticoagulant oral de la catégorie B-303 ou B-235 n'est jamais autorisé.

<u>III - Identification du médecin mentionné ci-dessus au point II :</u>

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|_1_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (date)

| (cachet du médecin) | ..... (signature du médecin)