

**ANNEXE A**

**Formulaire de demande de remboursement de la spécialité BRILIQUE 60 mg (§8460000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)**

**I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

\_\_\_\_\_ (numéro d'affiliation)

**II - Eléments à attester par le médecin traitant pour une première demande:**

Je, soussigné, docteur en médecine, déclare que le patient dont le nom est mentionné ci-dessus remplit les conditions de remboursement pour la spécialité BRILIQUE 60 mg, telles qu'elles sont reprises sous le point a) du § 8460000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, à savoir que la spécialité est utilisée, en association à l'acide acétylsalicylique, dans la prévention des événements athérothrombotiques, en traitement d'extension si :

- initié en continuité ou après une courte interruption de 3 mois au maximum après un traitement initial **d'un an** par :
  - ticagrélor 90 mg
  - prasugrel 10 mg ou 5 mg
  - clopidogrel 75 mg

et

- le patient a eu un infarctus du myocarde datant d'au moins 1 an et au maximum de 2 ans (infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST [STEMI] ou infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST [NSTEMI]) :

- date d'apparition de l'infarctus du myocarde : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- associé à un ou plusieurs facteurs de risque d'athérombose suivants :
  - un diabète
  - > 1 infarctus du myocarde précédent
  - signes de coronaropathie multitrunculaire
  - insuffisance rénale chronique non au stade terminal
  - âge ≥ 65 ans

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.

Je sais que la combinaison de conditionnements prescrite doit être la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de BRILIQUE 60mg 2x/jour pendant 365 jours.

**III – Demande de prolongation:**

La prolongation est autorisée pour maximum deux nouvelles périodes de 365 jours.

Demande de prolongation :

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin conseil les éléments de preuves montrant que le patient se trouve dans la situation attestée.

Je sais que la combinaison de conditionnements prescrite doit être la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de BRILIQUE 60mg 2x/jour pendant 365 jours.

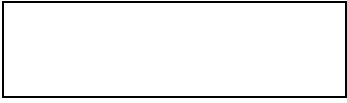
**IV - Identification du médecin mentionné ci-dessus au point II :**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

[ 1 ] - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (n° INAMI)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)