

ANNEXE A: Modèle de formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité **CLOPIDOGREL EG®** (§ 1880000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation à l'O.A.)

(Vignette)

II - Éléments à attester par le médecin traitant:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions nécessaires pour obtenir le remboursement de la spécialité **CLOPIDOGREL EG®**, telles que ces conditions figurent au point a) du § 1880000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

1. (1.) Soit pour un traitement en monothérapie, car il présente une contre-indication documentée à l'acide acétylsalicylique:

- (1.0.1.) antécédent d'ulcère et/ou d'hémorragie gastro-intestinale causés par l'administration d'acide acétylsalicylique à une dose ≤ 325 mg/jour;
- (1.0.2.) antécédent de crise d'asthme causée par l'administration d'acide acétylsalicylique et ayant fait l'objet d'une mise au point par un médecin spécialiste en pneumologie;
- (1.0.3.) antécédent documenté d'oedème de Quincke causé par l'administration d'acide acétylsalicylique;

et se trouve dans la ou les situations cliniques suivantes:

- (1.1.1.) antécédent d'accident vasculaire cérébral ischémique,
- (1.1.2.) il s'agit d'un accident ischémique transitoire, et je dispose d'un rapport d'un neurologue, d'un neuropsychiatre, ou d'un neurochirurgien confirmant le diagnostic;
- (1.2.) antécédent d'infarctus du myocarde;
- (1.3.) il présente une artériopathie oblitérante des membres inférieurs symptomatique et documentée (gradient cheville/bras $\leq 0,85$ et/ou protocole démonstratif d'une imagerie médicale ou d'un examen Doppler).

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée. Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 12 mois, le remboursement de la spécialité **CLOPIDOGREL EG®**.

Je demande pour mon patient le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir un traitement de 12 mois à une dose maximale de 75 mg par jour.

Ce nombre de conditionnements doit consister en une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements qui doit être la moins chère pour le patient ou si la quote-part personnelle du patient est la même pour plusieurs combinaisons possibles, la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

- Il s'agit d'une première période d'autorisation;
- Il s'agit d'une période de prolongation d'autorisation.

2. (2.) Soit pour un traitement en association à l'acide acétylsalicylique, car, en date du ____ / ____ / ____ :

- (2.1) il a présenté un **syndrome coronarien aigu**, dont le diagnostic a été établi lors d'une hospitalisation par la présence sur le tracé électrocardiographique de nouvelles modifications ST-T compatibles avec une ischémie ou par une élévation de la troponine I ou T avant PCI (valeur $\geq 2 \times$ la normale pour la méthode utilisée);

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée. Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 12 mois, le remboursement de la spécialité **CLOPIDOGREL EG®**.

Je demande pour mon patient le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir un traitement de 12 mois à une dose maximale de 75 mg par jour.

Ce nombre de conditionnements doit consister en une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements qui doit être la moins chère pour le patient ou si la quote-part personnelle du patient est la même pour plusieurs combinaisons possibles, la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

- (2.2) il a été traité par **stent coronaire pharmacologique (DES)**

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée. Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 12 mois, le remboursement de la spécialité **CLOPIDOGREL EG®**.



Je demande pour mon patient le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir un traitement de 12 mois à une dose maximale de 75 mg par jour.

Ce nombre de conditionnements doit consister en une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements qui doit être la moins chère pour le patient ou si la quote-part personnelle du patient est la même pour plusieurs combinaisons possibles, la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

(2.3) il a été traité par stent coronaire métallique nu (BMS)

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée. Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 4 semaines, le remboursement de la spécialité **CLOPIDOGREL EG®**.

Je demande pour mon patient le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir un traitement de 4 semaines à une dose maximale de 75 mg par jour.

Ce nombre de conditionnements doit consister en une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements qui doit être la moins chère pour le patient ou si la quote-part personnelle du patient est la même pour plusieurs combinaisons possibles, la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions nécessaires pour obtenir le remboursement de la spécialité **CLOPIDOGREL EG®**, telles que ces conditions figurent au point d) du § 1880000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

3. (3.) il s'agit du renouvellement d'une autorisation qui a été délivrée avant l'entrée en vigueur de la présente réglementation et conservant sa validité dans sa catégorie de remboursement.

Numéro de l'autorisation: _____

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée. Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 12 mois, le remboursement de la spécialité **CLOPIDOGREL EG®**.

Je demande pour mon patient le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir un traitement de 12 mois à une dose maximale de 75 mg par jour.

Ce nombre de conditionnements doit consister en une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements qui doit être la moins chère pour le patient ou si la quote-part personnelle du patient est la même pour plusieurs combinaisons possibles, la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

III - Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, N° INAMI):

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (adresse)

1 - _____ (n° INAMI)

_____ / _____ / _____ (date)

(cachet)

..... (signature du médecin)