Annexe A : Modèle de formulaire de demande
Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité inscrite au §5530000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

II – Eléments 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 APOTEX®** du §553000 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 un dose ≤ 325mg/jour;
   ☐ (1.0.2.) antécédent de crise d'asthme causé 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 diagnositic;
   ☐ (1.2.) antécédent d'infarctus du myocarde;
   ☐ (1.3.) il présente une artériopathie oblitérante des members inférieurs symptomatique et documentée (gradient cheville/bras ≤ 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 touts ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 12 mois, le remboursement de la spécialité **CLOPIDOGREL APOTEX®**.

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. Pas d'application

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (elias)

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

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

(cachet)

.....

(signature du médicin)