

ANNEXE A

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité ENTRESTO (§ 8410000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription à l'O.A.):

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'inscription)

II – Eléments à attester par le prescripteur:

Il s'agit d'une première demande de remboursement

Le soussigné est docteur en médecine, médecin spécialiste :

- en cardiologie
- en médecine interne

Le soussigné certifie que le patient adulte mentionné ci-dessus atteint d'une insuffisance cardiaque chronique symptomatique à fraction d'éjection réduite répond au début du traitement aux conditions cumulatives suivantes:

- 1) L'état du patient correspond à :
 - une classe NYHA (New York Heart Association) II
OU
 - une classe NYHA III
OU
 - une classe NYHA IV
- 2) Une fraction d'éjection $\leq 35\%$ (objectivée par une échocardiographie)
- 3) Un traitement préalable avec une dose optimale d'un IEC ou d'un sartan

Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 364 jours, le remboursement de la spécialité ENTRESTO à une dose maximale de 97 mg/103 mg (sacubitril/valsartan) deux fois par jour.

Il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement

Le soussigné est docteur en médecine, médecin spécialiste :

- en cardiologie
- en médecine interne

J'atteste que le patient adulte mentionné ci-dessus a déjà reçu une autorisation de remboursement pour la spécialité ENTRESTO sur base du § 8410000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001.

Je confirme que la prolongation du remboursement de la spécialité ENTRESTO pour une nouvelle période de 364 jours, à une dose maximale de 97 mg/103 mg (sacubitril/valsartan) deux fois par jour, est médicalement justifiée pour ce patient.

III – Identification du médecin-prescripteur (N° INAMI)

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....
....

(signature du
médecin)