ANNEXE A: Modèle de formulaire de demande
Formulaire de demande pour le remboursement de la spécialité LIXIANA (§ 8370000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

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

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

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

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

II – Eléments qui doivent être attestés par le médecin traitant:

Je soussigné, docteur en médecine, déclare que le patient indiqué ci-dessus remplit les conditions de remboursement pour la spécialité LIXIANA, telles qu'elles sont reprises sous le point a) du § 8370000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, à savoir qu'il souffre d'une fibrillation auriculaire non valvulaire associée à un ou plusieurs autres facteurs de risque suivants :

□ Antécédent d'AVC, d'accident ischémique transitoire ou d'embolie systémique
□ Fraction d'éjection ventriculaire gauche < 40%
□ Insuffisance cardiaque symptomatique, classe ≥ 2 New York Heart Association (NYHA)
□ Age ≥ 75 ans
□ Age ≥ 65 ans associé à l'une des affections suivantes : diabète, coronaropathie ou hypertension artérielle.

□ Première demande

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. Sur base de ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité LIXIANA.

J'atteste à ce propos que je sais que le nombre de conditionnements remboursables devra tenir compte d'une posologie maximale de 1 x 60 mg par jour, conformément aux dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) de LIXIANA.

J'atteste à ce propos que je sais que la spécialité sera administrée à une dose de 1 x 30 mg par jour lorsqu'il s'agit d'un bénéficiaire se trouvant dans une des situations suivantes :

- insuffisance rénale modérée ou sévère (clairance de la créatinine (ClCr) de 15 à 50 ml/min)
- traitement concomitant par un des inhibiteurs de la glycoprotéine P (P-gp) suivants : dronédarone, ciclosporine, érythromycine ou kétoconazole;
- poids faible ≤ 60 kg

En cas de relais de LIXIANA 30 mg vers un antivitamine K, j'atteste que je sais que seuls 2 conditionnements de LIXIANA 10 x 15 mg sont remboursables.

□ Demande de prolongation

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve qui démontrent que le patient se trouve dans la situation attestée.
Sur base de ces éléments je demande le remboursement de la spécialité LIXIANA.

J'atteste à ce propos que je sais que le nombre de conditionnements remboursables devra tenir compte d'une posologie maximale de 1 x 60 mg par jour, conformément aux dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) de LIXIANA.

J'atteste à ce propos que je sais que la spécialité sera administrée à une dose de 1 x 30 mg par jour lorsqu'il s'agit d'un bénéficiaire se trouvant dans une des situations suivantes :

- insuffisance rénale modérée ou sévère (clairance de la créatinine (ClCr) de 15 à 50 ml/min)
- traitement concomitant par un des inhibiteurs de la glycoprotéine P (P-gp) suivants : dronédarone, ciclosporine, érythromycine ou kétoconazole;
- poids faible ≤ 60 kg

En cas de relais de LIXIANA 30 mg vers un antivitamine K, j'atteste que je sais que seuls 2 conditionnements de LIXIANA 10 x 15 mg sont remboursables.

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

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

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

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

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

(cachet) ..... (signature du médecin)