

ANNEXE A: Modèle de formulaire de demande :

Formulaire de demande pour le remboursement de la spécialité ELIQUIS (§ 6660000 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 – Éléments qui doivent être attestés par le médecin traitant:

Je soussigné, docteur en médecine, déclare que le patient dont le nom est mentionné ci-dessus remplit les conditions de remboursement pour la spécialité ELIQUIS, telles qu'elles sont reprises sous le point a) du § 6660000 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.

Le bénéficiaire ne souffre pas d'insuffisance rénale avec clairance de la créatinine < 15 ml/min.

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 ELIQUIS.

J'atteste à ce propos que je sais que le nombre de conditionnements remboursables devra tenir compte d'une posologie maximale de 2 x 5 mg par jour, conformément aux dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) de ELIQUIS, et que je sais que cette spécialité sera administrée à une dose de 2 x 2,5 mg par jour lorsqu'il s'agit d'un bénéficiaire présentant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes:

- insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine (CICr) de 15 à 29 ml/min) OU
- au moins deux des caractéristiques suivantes
 - âge ≥ 80 ans ;
 - poids corporel ≤ 60 kg ;
 - créatinine sérique ≥ 1,5 mg/dl (133 micromoles/L).

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 ELIQUIS.

J'atteste à ce propos que je sais que le nombre de conditionnements remboursables devra tenir compte d'une posologie maximale de 2 x 5 mg par jour, conformément aux dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) de ELIQUIS, et que je sais que cette spécialité sera administrée à une dose de 2 x 2,5 mg par jour lorsqu'il s'agit d'un bénéficiaire présentant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes:

- insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine (CICr) de 15 à 29 ml/min) OU
- au moins deux des caractéristiques suivantes
 - âge ≥ 80 ans ;
 - poids corporel ≤ 60 kg ;
 - créatinine sérique ≥ 1,5 mg/dl (133 micromoles/L).

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

_____ (nom)
_____ (prénom)
[1] - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)
_____/_____/_____ (date)

(cachet)

.....
(signature du médecin)