

**ANNEXE A: Modèle de formulaire de demande**

Formulaire de demande pour le remboursement de la spécialité PRADAXA (§ 6270000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

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

Grid for name, first name, and affiliation number.

**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 PRADAXA, telles qu'elles sont reprises sous le point a) du § 6270000 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 sévère.

**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 PRADAXA.

J'atteste à ce propos que je sais que le nombre de conditionnements remboursables devra tenir compte d'une posologie maximale de 2 x 150 mg par jour, conformément aux dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) de PRADAXA, en particulier en ce qui concerne la fonction rénale.

J'atteste à ce propos que je sais que chez les patients présentant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes, la dose recommandée de PRADAXA est de 2 x 110 mg par jour:

- patients âgés de 80 ans ou plus
- patients traités par vérapamil

**Première demande de continuation du remboursement après une autorisation délivrée conformément aux dispositions des paragraphes 6270100 ou 6270200**

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 PRADAXA.

J'atteste à ce propos que je sais que le nombre de conditionnements remboursables devra tenir compte d'une posologie maximale de 2 x 150 mg par jour, conformément aux dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) de PRADAXA, en particulier en ce qui concerne la fonction rénale.

J'atteste à ce propos que je sais que chez les patients présentant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes, la dose recommandée de PRADAXA est de 2 x 110 mg par jour:

- patients âgés de 80 ans ou plus
- patients traités par vérapamil

**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 pour ce patient de la spécialité PRADAXA.

J'atteste à ce propos que je sais que le nombre de conditionnements remboursables devra tenir compte d'une posologie maximale de 2 x 150 mg par jour, conformément aux dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) de PRADAXA, en particulier en ce qui concerne la fonction rénale.

J'atteste à ce propos que je sais que chez les patients présentant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes, la dose recommandée de PRADAXA est de 2 x 110 mg par jour:

- patients âgés de 80 ans ou plus
- patients traités par vérapamil

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

Grid for doctor's name, first name, INAMI number, and date.

Large empty box for the doctor's stamp (cachet).

..... (signature du médecin)