

# DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE Clopidogrel (HCl) Sandoz® A l'attention du Médecin-Conseil

## PATIENT

Nom et prénom: .....

N° d'affiliation à l'O.A.: .....

(ou vignette de la mutuelle)

## 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 (HCl) Sandoz®**, telles que ces conditions figurent au point a) du § 1880000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

### Demande de remboursement

- Il s'agit d'une première période d'autorisation  Il s'agit d'une période de prolongation d'autorisation

Je demande pour mon patient le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir le traitement 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.

### Type de demande de remboursement

- 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 une dose  $\leq 325\text{mg/jour}$ ;  
 (1.0.2.) antécédent de crise d'asthme causée 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 diagnostic;  
 (1.2.) antécédent d'infarctus du myocarde;  
 (1.3.) il présente une artériopathie oblitérante des membres inférieurs symptomatique et documentée (gradient cheville/bras  $\leq 0,85$  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 tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 12 mois, le remboursement de la spécialité Clopidogrel (HCl) Sandoz®.

- 2. Soit pour un traitement en association à l'acide acétylsalicylique**, car, en date du \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ :

- (2.1) il a présenté un syndrome coronarien aigu, dont le diagnostic a été établi lors d'une hospitalisation par la présence sur le tracé électrocardiographique de nouvelles modifications ST-T compatibles avec une ischémie ou par une élévation de la troponine I ou T avant PCI (valeur  $\geq 2$  x la normale pour la méthode utilisée).

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 tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 12 mois, le remboursement de la spécialité Clopidogrel (HCl) Sandoz®.

- (2.2) il a été traité par stent pharmacologique (DES).

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 tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 12 mois, le remboursement de la spécialité Clopidogrel (HCl) Sandoz®.

- (2.3) il a été traité par stent métallique nu (BMS).

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 tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 4 semaines, le remboursement de la spécialité Clopidogrel (HCl) Sandoz®.

- 3. Il s'agit du renouvellement** d'une autorisation qui a été délivrée avant l'entrée en vigueur de la présente réglementation et conservant sa validité dans sa catégorie de remboursement.

Numéro de l'autorisation : .....

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 tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 12 mois, le remboursement de la spécialité Clopidogrel (HCl) Sandoz®.

Nom et Prénom : .....

N° INAMI : .....

Date : .....

Signature : .....

CACHET