

ANNEXE A

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base des principes actifs valsartan et sacubitril (§ 8410000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018)

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

Le soussigné certifie que le bénéficiaire 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 bénéficiaire 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 ≤ 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 le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir, pendant une période de 364 jours, le remboursement de cette spécialité 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
 en gériatrie

J'atteste que le bénéficiaire adulte mentionné ci-dessus a déjà reçu une autorisation de remboursement pour cette spécialité sur base du § 8410000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018

Je confirme que la prolongation du remboursement de cette spécialité 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 bénéficiaire.

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

(nom)
 (prénom)
 1 - - - (n° INAMI)
 / / (date)

(cachet) (signature) du
 (médecin)