

ANNEXE A : FORMULAIRE DE DEMANDE:

Demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 1250000 du chapitre IV de l'A.R. du 21-12-2001 :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que mon patient:

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE (nom, prénom, N° d'affiliation)

I - Indication [point a) du paragraphe 1250000 du chapitre IV de l'AR du 21-12-2001]:

Se trouve dans la situation clinique telle que décrite au point dont j'ai coché ci-dessous la case correspondante, et que de ce fait ce patient nécessite de recevoir le remboursement du traitement qui est mentionné pour la spécialité :

PANTOZOL

ZURCALE

1. Ulcère duodéal, démontré par endoscopie (ou, en cas d'impossibilité documentée, par examen radiographique) :
 - 1.1. traitement à 40 mg par jour pendant 28 jours
(Remboursement de 1 conditionnement de 28x40 mg)
 - 1.2. , réfractaire aux autres traitements, traitement par 80 mg par jour pendant 28 jours
(Remboursement de 2 conditionnements de 28x40 mg)
2. Ulcère gastrique, démontré par endoscopie (ou, en cas d'impossibilité documentée, par examen radiographique) :
 - 2.1. traitement à 40 mg par jour pendant 56 jours
(Remboursement de 2 conditionnements de 28x40 mg)
 - 2.2. réfractaire aux autres traitements, traitement par 80 mg par jour pendant 56 jours
(Remboursement de 4 conditionnements de 28x40 mg)
3. Oesophagite de stade A ou de stade B selon la classification de Los Angeles, démontrée par endoscopie :
 - 3.1. traitement initial à 40 mg par jour pendant 28 jours
(Remboursement de 1 conditionnement de 28x40 mg)
 - 3.2. , réfractaire au traitement initial à 40 mg par jour, traitement initial complémentaire à 80 mg par jour pendant 28 jours
(Remboursement de 2 conditionnements de 28x40 mg)
4. Oesophagite de stade A ou de stade B selon la classification de Los Angeles, démontrée par une endoscopie effectuée dans les 3 dernières années, lorsque, le traitement initial ayant été efficace, il y a ensuite récurrence au moins deux fois par semaine des symptômes typiques de l'oesophagite peptique de reflux (La date de fin de validité de l'autorisation de remboursement ne peut dépasser un délai de 3 ans maximum à partir de la date de l'endoscopie concernée) :
 - 4.1. traitement d'entretien, pour une période de 6 mois, avec un maximum de 20 mg par jour.
(Remboursement de maximum 3 conditionnements de 56x20 mg)
 - 4.2. traitement d'entretien, pour une période de 6 mois, avec un maximum de 40 mg par jour, lorsque le traitement d'entretien à 20 mg par jour s'est montré inefficace.
(Remboursement de maximum 6 conditionnements de 28x40 mg).
5. Oesophagite de stade C ou de stade D selon la classification de Los Angeles, démontrée par endoscopie :
 - 5.1. traitement initial à 80 mg par jour pendant une période de 8 semaines ;
(Remboursement de 4 conditionnements de 28x40 mg)
 - 5.2. traitement d'entretien continu, pour une période de 12 mois, à 20 mg par jour.
(Remboursement de 7 conditionnements de 56x20 mg).
 - 5.3. traitement d'entretien continu, pour une période de 12 mois, à 40 mg par jour, lorsque le traitement d'entretien à 20 mg par jour s'est montré inefficace.
(Remboursement de 13 conditionnements de 28x40 mg).
6. Gastrite hémorragique sévère, démontrée par endoscopie, traitement par 40 mg par jour pendant 28 jours.
(Remboursement de 1 conditionnement de 28x40mg)
7. (non applicable).
8. (non applicable).
9. (non applicable).

II - Circonstances particulières éventuelles du § 1250000 du chapitre IV de l'AR du 21-12-2001 :

- Point b) , le cas échéant :

En outre, j'atteste que le patient mentionné ci-dessus se trouve dans une situation clinique exceptionnelle telle que j'estime médicalement que le recours à l'examen prévu n'apportera pas un bénéfice diagnostique et thérapeutique suffisant en regard des risques encourus par la réalisation de cet examen. Je dispose dans le dossier médical de ce patient d'un rapport médical circonstancié démontrant cette situation exceptionnelle ainsi que l'indication cochée ci-dessus.

(Ces situations exceptionnelles sont par exemple une mucoviscidose, une sclérodermie oesophagienne majeure, un état grabataire prolongé, un handicap mental grave entraînant un comportement empêchant d'effectuer l'examen.)

IDENTIFICATION DU MEDECIN (nom, prénom, adresse, N°INAMI)

- - (DATE)

..... (CACHE)

..... (SIGNATURE DU MEDECIN)