

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

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'apixaban inscrite au §10220000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1<sup>er</sup> février 2018.

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

\_\_\_\_\_ (nom)  
\_\_\_\_\_ (prénom)  
\_\_\_\_\_ (numéro d'affiliation)

**II – Eléments à attester par le médecin traitant :**

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus souffre d'une fibrillation auriculaire non valvulaire et se trouve dans une des situations suivantes :

- Le bénéficiaire nécessite une cardioversion.
- Le bénéficiaire nécessite une ablation par cathéter.

J'atteste aussi que :

- Savoir que le nombre de conditionnements remboursables tient compte d'une posologie maximale conformément aux dispositions figurant dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) de la spécialité pharmaceutique concernée.
- Savoir que le nombre de conditionnements remboursables tient également compte de la durée du traitement avec la spécialité pharmaceutique concernée, qui ne dépassera pas :
  - 1 mois en cas de cardioversion.
  - 4 mois en cas d'ablation par cathéter.
- Avoir pris connaissance des dispositions figurant dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) de la spécialité pharmaceutique concernée, et notamment du fait que :
  - Une posologie maximale de 2 x 2,5 mg par jour est recommandée :
    - Pour les bénéficiaires présentant une insuffisance rénale sévère (ClCr de 15 à 29 mL/min).
    - Pour les bénéficiaires présentant au moins deux des caractéristiques suivantes :
      - Âge > ou = 80 ans.
      - Poids corporel < ou = 60 kg.
      - Créatinine sérique > ou = 1,5 mg/dL (133 micromoles/L).
  - La spécialité n'est pas remboursable pour les patients ayant une clairance de la créatinine < 15 mL/min. Chez ces patients, l'utilisation de cette spécialité n'est pas recommandée.

J'atteste aussi savoir que le remboursement simultané de la spécialité pharmaceutique concernée avec un autre anticoagulant oral de la catégorie B-303 ou B-235 n'est jamais autorisé.

Je déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus se trouve, au moment de la demande, dans la situation visée au point a) ci-dessus du §10220000 du chapitre IV de la liste jointe à l'AR du 01-02-2018.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin conseil les éléments de preuves relatives à la situation du bénéficiaire.

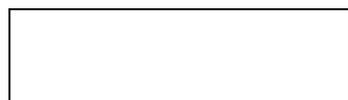
Je m'engage à respecter les dispositions mentionnées au point b) et d) ci-dessus du §10220000 du chapitre IV de la liste jointe à l'AR du 01-02-2018.

Sur base de ces éléments, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de cette spécialité pour une période de :

- Maximum 1 mois en cas de cardioversion.
- Maximum 4 mois en cas d'ablation par cathéter.

**III - Identification du médecin mentionné ci-dessus au point II :**

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



(cachet)

.....

(signature du médecin )