ANNEXE A :

Formulaire de demande de remboursement des spécialités pharmaceutiques à usage ophtalmique à base d'une association de latanoprost et timolol, ou d'une association de travoprost et timolol, ou d'une association de dorzolamide et timolol, inscrits dans le § 12500200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018

I - Identification du bénéficiaire :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

II – Eléments à attester par le médecin spécialiste :

Je soussigné, Docteur en Médecine, spécialiste reconnu en ophtalmologie, déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, est âgé de 18 ans ou plus , et en traitement pour :

⊔ un glaucome

⊔ de l'hypertension oculaire

Le bénéficiaire mentionné ci-dessus a présenté une réponse insuffisante à une spécialité à usage ophtalmique lorsqu'il est utilisé en monothérapie et a reçu un remboursement préalable pour cette spécialité en monothérapie ;

Le bénéficiaire a été traité par la spécialité suivante en monothérapie
……(nom spécialité)

Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve qui démontrent que ce bénéficiaire se trouve dans la situation déclarée, principalement les résultats des mesures de la pression oculaire.

Je déclare que les indications/administrations enregistrées dans le RCP du médicament spécifique inscrit au § 12500200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 ont été respectées.

⊔ Première demande :

Je demande pour ce bénéficiaire le remboursement d'une spécialité pharmaceutique à usage ophtalmique à base d'une association de latanoprost et timolol, ou d'une association de travoprost et timolol, ou d'une association de dorzolamide et timolol, inscrit dans le § 12500200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 pour une première période de 12 mois maximum.

⊔ Demande de prolongation :

Je confirme que le traitement d'une spécialité pharmaceutique à usage ophtalmique à base d'une association de latanoprost et timolol, ou d'une association de travoprost et timolol, ou d'une association de dorzolamide et timolol, s'est avéré efficace chez ce bénéficiaire et je demande donc la prolongation du remboursement pour une nouvelle période de 12 mois maximum.

⊔ Demande de remboursement suivant un accord dans l'un des § suivants § 11570000, 11760000, 3680000 :

J'atteste que le bénéficiaire mentionné ci-dessus a déjà reçu une autorisation de remboursement pour une spécialité pharmaceutique à usage ophtalmique à base d'une association de latanoprost et timolol, ou d'une association de travoprost et timolol, ou d'une association de dorzolamide et timolol sur base de l'un des § suivants 11570000, 11760000, 3680000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

Je confirme que le traitement avec cette spécialité pharmaceutique à usage ophtalmique, s'est avéré efficace chez ce bénéficiaire et je demande donc la poursuite du traitement remboursable pour une nouvelle période de 12 mois maximum.

III - Identification du Médecin-spécialiste en ophtalmologie :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (date)

(cachet) (signature du médecin)