

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 bimatoprost 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 1^{er} février 2018.

I - Identification du bénéficiaire :

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II – Eléments à attester par le médecin spécialiste :

┐ Première demande :

Je soussigné, Docteur en Médecine, spécialiste reconnu en ophtalmologie, déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, est 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 comme indiqué ci-dessous et a reçu un remboursement préalable pour cette spécialité.

Le bénéficiaire a été traité par une spécialité des classes de médicaments suivantes :

- Bêta-bloquant en monothérapie à usage oculaire.
- Analogue de prostaglandine en monothérapie à usage oculaire.
- Une thérapie combinée avec un agent conservateur, après une monothérapie antérieure avec un bêtabloquant ou un analogue de prostaglandine à usage oculaire.

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 1^{er} février 2018 ont été respectées.

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 bimatoprost 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 1^{er} 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 bimatoprost 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.

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.

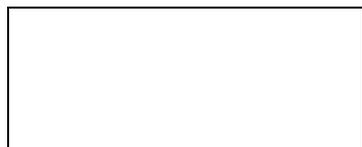
III - Identification du Médecin-spécialiste en ophtalmologie :

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

(signature du médecin)