

Demande à adresser au médecin conseil sur base de l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16bis, alinéa 1er, 3D et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les pansements actifs.

I. Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°-NISS) :

Nom, prénom :

N° NISS :

II. Première période de traitement (max. 4x3 mois)

a) Eléments à attester par le médecin traitant ou médecin spécialiste en dermatovénéréologie ou, éventuellement mais uniquement en cas d'épidermolyse bulleuse jonctionnelle ou dystrophique, le médecin spécialiste en pédiatrie :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus présente une plaie chronique qui est insuffisamment cicatrisée après un traitement classique de six semaines, du type suivant :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ulcère artériel | <input type="checkbox"/> Plaie par brûlure |
| <input type="checkbox"/> Ulcère veineux | <input type="checkbox"/> Ulcère chronique autre que les affections reprises ci-dessus pour lesquelles des pansements actifs sont la seule alternative thérapeutique, confirmé par un médecin spécialiste en dermatovénéréologie, après un examen diagnostique |
| <input type="checkbox"/> Ulcère de pression de stade II, III ou IV | |
| <input type="checkbox"/> Ulcère neuropathique (chez des patients non-diabétiques) | |
| <input type="checkbox"/> Ulcère des vascularites | |
| <input type="checkbox"/> Hydradénite suppurée | |
| <input type="checkbox"/> Plaie oncologique | <input type="checkbox"/> Epidermolyse bulleuse jonctionnelle ou dystrophique |
| <input type="checkbox"/> Plaie post-chirurgicale | |

Première demande (1x3 mois)

- Je tiens à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire concerné se trouve dans la situation attestée.
- Je demande un remboursement pour une première période de maximum 3 mois.

Demande de prolongation (max. 3x3 mois)

- J'atteste que le traitement au moyen d'un pansement actif doit être poursuivi et je demande la prolongation du remboursement pour une nouvelle période de 3 mois maximum. Je tiens à la disposition du médecin-conseil un rapport récent, comportant notamment les raisons du renouvellement.

b) Identification du médecin traitant ou médecin spécialiste en dermatovénéréologie ou médecin spécialiste en pédiatrie (nom, prénom, adresse, N°INAM) :

Nom Prénom

Adresse

N° INAMI

Date

Signature
du medecin:

CACHET

SUITE: VOIR AU VERSO

III. Seconde période de traitement (après 1 an de traitement) :

III.1. Pour les plaies chroniques des types décrits au point II.a. excepté pour les cas d'épidermolyse bulleuse jonctionnelle ou dystrophique (maximum 1x3 mois)

Éléments à attester par le médecin spécialiste en dermato-vénéréologie, en endocrino-diabétologie, en orthopédie, en chirurgie plastique ou en chirurgie :

- J'atteste que le traitement au moyen d'un pansement actif doit être poursuivi et demande la prolongation du remboursement pour une nouvelle période de 3 mois maximum.
Une réévaluation clinique du patient a été faite et je tiens à la disposition du médecin-conseil un rapport récent, comportant notamment les raisons du renouvellement.

III.2. En cas d'épidermolyse bulleuse jonctionnelle ou dystrophique (maximum 1 an)

Éléments à attester par le médecin spécialiste en dermato-vénéréologie ou en pédiatrie :

- J'atteste que le patient souffre d'épidermolyse bulleuse jonctionnelle ou dystrophique et demande une prolongation de remboursement des pansements actifs pour une nouvelle durée d'un an.

Je joins à eet effet un plan de traitement actualisé dans lequel je motive le choix des pansements actifs ainsi que le nombre maximum nécessaire de conditionnements par pansement par mois.

Une réévaluation clinique du patient et de ses besoins a été faite et je tiens à la disposition du médecin-conseil le dossier médical complet du patient.

III.3. Identification du médecin spécialiste en dermato-vénéréologie, en endocrino-diabétologie, en orthopédie, en chirurgie plastique, en chirurgie ou en pédiatrie (nom, prénom, adresse, N° NAMI) :

Nom Prénom

Adresse

N° INAMI

Date

Signature
du médecin:

CACHET
