Annexe 4

Modèle de notification à adresser au médecin-conseil sur base de l'arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 37, § 16bis, alinéa 1er, 3° 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) :

⊔ ⊔

II - Eléments à attester par le médecin traitant :

⊔ Il s'agit de la première notification, pour une première période de 3 mois.

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 :

⊔ Ulcère artériel;

⊔ Ulcère veineux;

⊔ Ulcère diabétique;

⊔ Ulcère de pression de stade II, III ou IV;

⊔ Ulcère neuropathique (chez des patients non-diabétiques);

⊔ Ulcère des vascularites;

⊔ Hydradénite suppurée;

⊔ Plaie oncologique;

⊔ Plaie post-chirurgicale;

⊔ Plaie par brûlure

⊔ Ulcère chronique non repris ci-dessus pour lequel des pansements actifs sont la seule alternative thérapeutique, confirmé par un médecin spécialiste en dermato-vénéréologie, après un examen diagnostique.

⊔ Il s'agit d'une 2ème notification, visant un renouvellement pour une nouvelle période de 3 mois. Cette prolongation est justifiée sur base des raisons suivantes :

....

....

⊔ Il s'agit d'une 3ème notification, visant un renouvellement pour une nouvelle période de 3 mois. Cette prolongation est justifiée sur base des raisons suivantes :

....

....

⊔ Il s'agit d'une 4ème et dernière notification, visant un renouvellement pour une nouvelle période de 3 mois. Cette prolongation est justifiée sur base des raisons suivantes :

....

....

Je tiens à la disposition du médecin-conseil et les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire concerné se trouve dans la situation attestée.

III- Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ (nom)

⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔ (prénom)

1-⊔ ⊔ ⊔ ⊔ ⊔-⊔ ⊔-⊔ ⊔ ⊔ (N° INAMI)

⊔ ⊔/⊔ ⊔/⊔ ⊔ ⊔ ⊔ (DATE)

(CACHET) .... (SIGNATURE DU MEDECIN)

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 3 juin 2007.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique,

R. DEMOTTE