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 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 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 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 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)