

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 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup> 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 2<sup>ème</sup> 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 3<sup>ème</sup> 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 4<sup>ème</sup> et dernière notification, visant un renouvellement pour une nouvelle période de 3 mois. Cette prolongation est justifiée sur base des raisons suivantes :

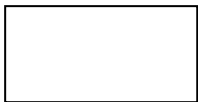
.....

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)