ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande :
Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 5470000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018.

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation) :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en cardiologie ou en pneumologie :

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en

⊔ cardiologie
⊔ pneumologie

- certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) primitive ou associée telle que définie par la Classification de Nice (Simonneau et al. JACC, 2013), et qu'il remplit, ou qu'il remplissait, préalablement à l'initiation d'un traitement avec une spécialité inscrite au § 5470000 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018, toutes les conditions figurant au point a); du paragraphe mentionné ci-dessus ;
- m'engage à collaborer à l'enregistrement et la collecte des données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient;
- estime être expérimenté dans la prise en charge de l'hypertension artérielle pulmonaire traitée par prostacyclines administrées en continu par voie parentérale (via une pompe) et atteste que le nombre de patients avec HTAP pris en charge par son service et traités par prostacyclines administrées en continu via une pompe est ou a été supérieur à 20 pendant une quelconque période ininterrompue de 24 mois ;
- m'engage à faire les démarches afin que la prise en charge des coûts liés à l'éducation et au soutien du patient ainsi qu'au matériel nécessaire à l'administration de la spécialité (pompes, matériel disposable, diluant…etc) soit à charge du titulaire de l'enregistrement.

Je suis attaché au service hospitalier mentionné ci-après, expérimenté dans la prise en charge pluridisciplinaire de l'hypertension artérielle pulmonaire :
Numéro d'identification INAMI de l'hôpital: 7.10-⊔⊔⊔-⊔⊔-⊔⊔⊔
Nom : ……
Adresse :………
………
………

Le remboursement peut être accordé pour autant que le patient concerné se trouve dans un des groupes suivants:

☐ Patients en classe fonctionnelle NYHA IV;

☐ Patients en classe fonctionnelle NYHA III qui, après un traitement oral adapté comprenant un antagoniste des récepteurs de l'endothéline et un inhibiteur de la phosphodiestérase, présentent une amélioration insuffisante ou une détérioration;

☐ Patients en classe fonctionnelle NYHA III qui, après un traitement oral adapté comprenant un antagoniste des récepteurs de l'endothéline et/ou un inhibiteur de la phosphodiestérase, présentent une détérioration rapide des paramètres cliniques et des paramètres hémodynamiques;

☐ Patients en classe fonctionnelle NYHA III qui présentent une contre-indication documentée à un traitement oral adapté comprenant un antagoniste des récepteurs de l'endothéline et un inhibiteur de la phosphodiestérase;

☐ Patients avec une hypertension pulmonaire thromboembolique (CTEPH) en classe NYHA III/IV en préopératoire ou postopératoire d'une thromboendarteriectomie pulmonaire (PEA);

☐ Patients avec une hypertension artérielle porto-pulmonaire (PoPH) qui sont candidats à une transplantation hépatique. Pour ces patients, le critère d'exclusion des classes fonctionnelles NYHA I et II n'est pas d'application.

Les références du pharmacien hospitalier attaché à cet hôpital sont les suivantes :
Nom et Prénom: ………
Adresse :………
………
………

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus et sur base du fait que :

⊔ il s'agit d'une première demande d'autorisation de remboursement visant un patient non encore traité avec une spécialité inscrite au § 5470000 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018;

☐ il s'agit d'une <u>première demande</u> d'autorisation de remboursement visant un patient <u>déjà traité depuis plus de trois mois</u> avec une spécialité inscrite au § 5470000 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018, et que ce traitement s'est montré efficace chez ce patient;

☐ il s'agit d'une <u>demande de prolongation</u> de remboursement d'une spécialité inscrite au § 5470000 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018, car ce patient a déjà obtenu au moins une période de remboursement d'une spécialité inscrite au § 5470000 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018 sur base des conditions du paragraphe mentionné ci-dessus , que la période précédemment autorisée est arrivée à échéance alors que ce traitement doit être poursuivi car il s'est montré efficace chez ce patient;

j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec une spécialité inscrite au § 5470000 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018.

<u>III - Identification du médecin spécialiste en cardiologie ou en pneumologie :</u>

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (date)

| | (cachet) ..... (signature du médecin)