

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité VELETRI (§ 6850000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en

- 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 la spécialité VELETRI, toutes les conditions figurant au point a) du § du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 ;
- s'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.
- s'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, matérielposable, 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: 7.10-0000-00-0000

Nom :

Adresse :

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 la spécialité VELETRI ;
- il s'agit d'une première demande d'autorisation de remboursement visant un patient déjà traité depuis plus de trois mois avec la spécialité VELETRI/ FLOLAN, et que ce traitement s'est montré efficace chez ce patient;
- il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement de la spécialité VELETRI, car ce patient a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité VELETRI sur base des conditions du § 6850000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, 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 la spécialité VELETRI.

III - Identification du médecin spécialiste en cardiologie ou en pneumologie :

