

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité REVOLADE (§ 5700000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en tant que porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique, certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé de 18 ans ou plus et est atteint d'un purpura thrombocytopénique auto-immun (PTI) chronique et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 5700000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- ou

- En outre :

2. En ce qui concerne ma pratique et l'identification d'un pharmacien hospitalier de référence :

Je suis reconnu en tant que médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique et avant 598 comme code de compétence officiel.

Je suis attaché depuis le 00 / 00 / 0000 à l'hôpital mentionné ci-après, qui est reconnu dans le traitement des patients atteints de purpura thrombocytopéniques auto-immun (PTI):

Le nom et l'adresse exacte de ce service hospitalier sont les suivants :

.....

Et je joins en annexe une attestation du médecin chef et/ou responsable de ce service, confirmant cette affectation et la période concernée, et mentionnant le nombre de patients avec purpura thrombocytopénique auto-immun chronique pris en charge par son service au cours des 12 derniers mois.

3. Identification d'un pharmacien hospitalier de référence, collaborant avec notre Centre:

Nom et prénom :

Numéro INAMI de l'hôpital auquel ce pharmacien hospitalier est attaché: 7.10 - 0000 - 00 - 0000

Adresse :

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

Je sais que la dose maximale remboursable est limitée à 75 mg par jour.

Je sais que le remboursement simultané de la spécialité avec une spécialité du groupe de remboursement A-95 n'est jamais autorisé.

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

- U il s'agit d'une demande de prolongation du remboursement de la spécialité REVOLADE, car ce patient a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité REVOLADE sur base des conditions du § 5700000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, que la période précédemment autorisée est arrivée à échéance, et que j'estime que ce traitement avec la spécialité REVOLADE doit être poursuivi (je joins en annexe un rapport d'évolution, notamment en ce qui concerne les manifestations cliniques, comprenant également la motivation de la poursuite du traitement et l'évolution du taux des plaquettes(avec protocole d'analyse).

(ou)

J'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement de 12 mois avec la spécialité REVOLADE avec une posologie maximale de 75 mg par jour.

_____ (nom)

_____ (prénom)

1	-	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10%; height: 20px;"></td></tr> </table>						-	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10%; height: 20px;"></td></tr> </table>			-	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10%; height: 20px;"></td></tr> </table>				(n° INAMI)

____/____/____ (date)

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)