ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande
Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de tréprostinil (§14050000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018).

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

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

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

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en :

☐ Cardiologie.
☐ Pneumologie.

- Certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est atteint d'une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) primitive ou associée telle que définie par les dernières directives ESC-ERS (Humbert et al. 2022), et remplit les conditions figurant dans ce §14050000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.
- Certifie que le bénéficiaire ne souffre pas des formes secondaires aux affections cardiaques gauches et aux affections du système respiratoire et des classes fonctionnelles NYHA I et II (pour les bénéficiaires avec une hypertension artérielle porto-pulmonaire (PoPH) qui sont candidats à une transplantation hépatique, le critère d'exclusion des classes fonctionnelles NYHA I et II n'est pas d'application).
- M'engage à collaborer à l'enregistrement et la collecte des données codées relatives à l'évolution et au devenir du bénéficiaire.
- Suis 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 mon 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 bénéficiaire concerné se trouve dans un des groupes suivants :

☐ Béneficiaires en classe fonctionnelle NYHA IV.

☐ Béneficiaires 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.

☐ Béneficiaires 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.

☐ Béneficiaires 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.

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

☐ Béneficiaires avec une hypertension artérielle porto-pulmonaire (PoPH) qui sont candidats à une transplantation hépatique. Pour ces béneficiaires, 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 de remboursement pour un bénéficiaire non encore traité avec une spécialité à base de tréprostinil.

- ☐ Il s'agit d'une première demande de remboursement pour un bénéficiaire qui a déjà bénéficié d'un remboursement d'un traitement à base d'époprosténol selon les dispositions du §6850000 ou du §5470000 du chapitre IV.

- ☐ Il s'agit d'une demande de prolongation du remboursement de la spécialité à base de tréprostinil, et que ce traitement s'est montré efficace chez ce bénéficiaire

j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité à base de tréprostinil pendant une période de 12 mois maximum.

J'atteste savoir que le remboursement simultané de la spécialité à base de tréprostinil avec une spécialité à base d'époprosténol n'est jamais autorisé.

III - Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II :

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

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

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

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

(cachet) ..... (signature du médecin)