

Annexe A : Modèle du formulaire de demande :

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 5360000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour la prévention des ulcères digitaux dans la sclérodémie de l'adulte

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, n° d'affiliation chez l'O.A.)

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II - Eléments à attester par un médecin spécialiste en néphrologie, rhumatologie, dermatologie ou en médecine interne

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en

- néphrologie,
- rhumatologie,
- dermatologie,
- médecine interne, ayant une spécialisation dans le domaine de la sclérodémie,

expérimenté dans le domaine de la prise en charge d'une sclérodémie, certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans, est atteint d'une sclérodémie diffuse ou limitée, et qu'il remplit, ou qu'il remplissait, préalablement à l'initiation d'un traitement avec d'une spécialité à base de bosentan, toutes les conditions figurant au point a) du § 5360000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- Conditions relatives à la présence d'ulcères digitaux persistants documentés depuis au moins 12 mois et d'au minimum deux ulcères digitaux actifs ;
- Conditions relatives à l'inefficacité chez lui des mesures préventives classiques et à l'absence de réponse au traitement local ;
- Conditions relatives à l'absence d'un remboursement d'une spécialité à base de bosentan dans le cadre du traitement d'une hypertension artérielle pulmonaire.

En outre,

1. (si le bénéficiaire a déjà obtenu au moins une période de remboursement d'une spécialité à base de bosentan sur base des conditions du §5360000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, passer directement au point 2. ci-dessous)

En ce qui concerne le diagnostic précis et la situation clinique du patient préalablement à l'initiation du traitement avec une spécialité à base de bosentan, j'atteste les éléments suivants :

1.1. Sclérodémie

- 1.1.1. diffuse
- 1.1.2. localisée
- 1.1.3. diagnostiquée le ____/____/____

1.2. Présence d'ulcères digitaux depuis le :

____/____/____

1.3. Nombre total d'ulcères digitaux actifs présents au moment de débiter le traitement :

1.4. Je confirme l'inefficacité des mesures préventives classiques :

- 1.4.1. Arrêt du tabagisme : Oui Non
- 1.4.2. Prise d'inhibiteurs calciques : Oui Non
- 1.4.3. Protection contre le froid : Oui Non
- 1.4.4. Autre(s) :

1.5. Traitement local : (spécifier) :

1.6. Je confirme que ce patient ne bénéficie pas du remboursement d'une spécialité à base de bosentan dans le cadre du traitement d'une hypertension artérielle pulmonaire.

1.7. Au cas où mon patient développerait une hypertension artérielle pulmonaire dans le cadre de sa sclérodémie, je m'engage à l'adresser à un centre de référence pour la poursuite de son traitement.



(cachet)

.....

(signature du médecin)