BIJLAGE A : Model van aanvraagformulier
Aanvraagformulier voor vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van treprostinil (§14050000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018).

I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer) :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (naam)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (voornaam)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (aansluitingsnummer)

II - Elementen te bevestigen door de arts-specialist in cardiologie of pneumologie :

Ik ondertekende, doctor in de geneeskunde, erkend specialist in :

☐ Cardiologie.
☐ Pneumologie.

- Verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende lijdt aan pulmonale arteriële hypertensie (PAH) primair of geassocieerd, zoals gedefinieerd in de meest recente ESC-ERS Guidelines (Humbert et al. 2022), en voldoet aan de voorwaarden gesteld in deze §14050000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018.
- Verklaar dat de rechthebbende niet lijdt aan secundaire vormen te wijten aan linker hartaandoeningen en aandoeningen van het ademhalingsstelsel en met functionele klassen NYHA I en II (enkel voor rechthebbenden met een arteriële porto-pulmonale hypertensie (PoPH) die kandidaat zijn voor een levertransplantatie is het uitsluitingscriterium van de functionele klassen NYHA I en II niet van toepassing).
- Verbind me ertoe om mee te werken aan de registratie en de verzameling van de gecodeerde gegevens over de evolutie en de uitkomst van de betrokken rechthebbende.
- Ben ervaren in de zorg van arteriële pulmonale hypertensie behandeld met prostacyclinen die parenteraal (via een pomp) continu worden toegediend en attesteer dat het aantal patiënten met PAH gevolgd in mijn dienst en behandeld met prostacyclinen die via een pomp continu worden toegediend, hoger is of was dan 20 gedurende een onbepaalde, ononderbroken periode van 24 maanden.
- Verbind mij ertoe om maatregelen te nemen zodat de kosten in verband met patiënteducatie en ondersteuning, alsook met materiaal nodig voor de toediening van de specialiteit (pompen, wegwermateriaal, oplosmiddel…enz) door de vergunningshouder ten laste genomen worden.

Ik ben verbonden aan volgende ziekenhuisdienst ervaren in de multidisciplinaire zorg van pulmonale arteriële hypertensie :
RIZIV identificatienummer van het ziekenhuis : 7.10 - ⊔⊔⊔-⊔⊔-⊔⊔⊔.
Naam : ……..
Adres : ……
……
……

De vergoeding kan worden toegekend voor zover de betrokken rechthebbende zich bevindt in één van de volgende groepen :

☐ Rechthebbenden in functionele klasse NYHA IV.

☐ Rechthebbenden in functionele klasse NYHA III die, na een aangepaste orale behandeling die een antagonist van de endotheline-receptoren en een fosfodiesterase-inhibitor bevat, een onvoldoende verbetering of een verergering vertonen.

☐ Rechthebbenden in functionele klasse NYHA III die, na een aangepaste orale behandeling die een antagonist van de endotheline-receptoren en/of een fosfodiesterase-inhibitor bevat, een snelle verergering van klinische en hemodynamische parameters vertonen.

☐ Rechthebbenden in functionele klasse NYHA III die een gedocumenteerde contra-indicatie vertonen aan een aangepaste orale behandeling welke een antagonist van de endotheline-receptoren en een fosfodiesterase-inhibitor bevat.

☐ Rechthebbenden met een trombo-embolische pulmonale hypertensie (CTEPH) in klasse NYHA III/IV in geval van een pulmonale preoperatieve of postoperatieve trombo-endarteriectomie (PEA).

☐ Rechthebbenden met een arteriële porto-pulmonale hypertensie (PoPH) die kandidaat zijn voor een levertransplantatie. Voor deze rechthebbenden is het uitsluitingscriterium van de functionele klassen NYHA I en II niet van toepassing.

De coördinaten van de ziekenhuisapotheker verbonden aan dit ziekenhuis zijn :
Naam en voornaam : ……
Adres : ……
……
……

Op basis van bovenvermelde elementen en op basis van het feit dat :

- ☐ Het een eerste aanvraag tot vergoeding betreft voor een rechthebbende die nog niet behandeld is met een specialiteit op basis van treprostinil.

- ☐ Het een eerste aanvraag tot vergoeding van treprostinil betreft voor een rechthebbende die reeds vergoeding heeft verkregen voor een behandeling met epoprostenol volgens de bepalingen van §6850000 of §5470000 van hoofdstuk IV.

- ☐ Het een aanvraag tot verlenging van de vergoeding betreft van de specialiteit op basis van treprostinil, waarbij de behandeling doeltreffend is gebleken bij deze rechthebbende

Bevestig ik dat deze rechthebbende de vergoeding dient te verkrijgen van een behandeling met de specialiteit op basis van treprostinil gedurende een periode van maximaal 12 maanden.

Ik verklaar te weten dat de gelijktijdige vergoeding van de specialiteit op basis van treprostinil met een specialiteit op basis van epoprostenol nooit is toegestaan.

III - Identificatie van de arts-specialist in punt II hierboven vermeld :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

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

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (datum)

| | (stempel) ..... (handtekening van de arts)