ANNEXE A: Formulaire de demande de remboursement pour une association fixe d'un corticostéroïde inhalé, un beta-agoniste à longue durée d'action et un anticholinergique à longue durée d'action (inscrits dans le § 9160000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018)

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :

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

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

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

II – Eléments à attester par le médecin traitant:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'une BPCO correspondant aux critères décrits ci-dessous et documentée par tous les éléments suivants :

- des symptômes de dyspnée, de production d'expectorations et/ou de toux
- des antécédents de tabagisme ou d'exposition documentée à des particules ou gaz toxiques
- un rapport VEMS/CV < 0.7 (Indice de Tiffeneau) ou VEMS/CVF < 0.7 (Forced Expiratory Volume in 1 second/ (Forced) Vital Capacity) post bronchodilatation.
- une BPCO de stade IV ou groupe D de la classification GOLD avec un haut risque d'exacerbations (minimum 2 exacerbations dans l'année qui précède ou une exacerbation qui a mené à une hospitalisation) et une morbidité élevée.

☐ **Il s'agit d'une première demande :**

J'observe la technique d'inhalation du patient et j'ai donné des recommandations pour une inhalation correcte. J'ai discuté avec le patient de l'importance de l'adhérence thérapeutique. Je confirme que ce patient a préalablement reçu un traitement par un anticholinergique à longue durée d'action et / ou un beta-agoniste à longue durée d'action (seul ou en association fixe avec un corticostéroïde inhalé) pendant 3 mois minimum dans le cadre du traitement de la BPCO.

Traitement préalable (nom de la (des) spécialité(s)) : ……………
Date de début du traitement préalable : .. / .. / …..
Date de fin du traitement préalable : .. / .. /….

☐ J'atteste que le patient a été traité préalablement avec une combinaison d'un anticholinergique à longue durée d'action, un beta-agoniste à longue durée d'action et un corticostéroïde inhalé et qu'une simplification du traitement est indiquée.

☐ J'atteste que le traitement préalable avec un beta-agoniste à longue durée d'action, en association fixe ou libre avec un anticholinergique à longue durée a échoué à apporter une amélioration à la situation clinique du patient avant l'initiation de ce traitement.

☐ J'atteste que le traitement préalable avec une combinaison d'un corticostéroïde inhalé et d'un beta-agoniste à longue durée d'action a échoué à apporter une amélioration à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement et que le patient a un VEMS < 50 %.

Je joins à la présente demande le protocole de spirométrie établissant que ce patient se trouve dans la situation attestée, protocole daté et signé reprenant au minimum les différents critères fixés à l'annexe B du § 9160000 de l'arrêté royal du 01.02.2018.

J'atteste que ce patient nécessite l'octroi du remboursement d'une association fixe d'un corticostéroïde inhalé, un beta-agoniste à longue durée d'action et un anticholinergique à longue durée d'action pour une période de 360 jours.

☐ **Il s'agit d'une demande de prolongation: ce patient a reçu un remboursement pour au moins une période de traitement de 360 jours pour une association fixe d'un corticostéroïde inhalé, un beta-agoniste à longue durée d'action et un anticholinergique à longue durée d'action.**

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace pour améliorer la situation clinique du patient par apport à la situation avant l'initiation du traitement.

Du fait de cette efficacité, j'atteste que ce patient nécessite l'octroi d'une prolongation du remboursement d' une association fixe d'un corticostéroïde inhalé, un beta-agoniste à longue durée d'action et un anticholinergique à longue durée d'action pour un traitement de BPCO et je sollicite donc le remboursement selon la dose recommandée dans le RCP pour une période de 360 jours.

Je sais que le remboursement simultané avec d'autres anticholinergiques à longue durée d'action (cat B-267) ou beta- agonistes à longue durée d'action (cat B-216 et cat B-245) ou corticostéroïdes inhalés n'est jamais autorisé.

III – Identification du médecin (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

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

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

|_1_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

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

| | (cachet) ..... (signature du médecin)

Version valable à partir du 01.04.2018