

Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité pharmaceutique à base de rivaroxaban (§12830400 du chapitre IV de la liste jointe à l' AR 1^{er} février 2018).

(nom)
 (prénom)
 (numéro d'affiliation)

J'atteste avoir pris connaissance des modalités qui sont reprises dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) de la spécialité pharmaceutique concernée, et plus particulièrement les mises en garde spéciales et précautions d'emploi de la spécialité pharmaceutique concernée.

J'atteste que je sais que le nombre de conditionnements remboursables devra tenir compte de la posologie maximale, conformément aux dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) de la spécialité pharmaceutique concernée, en particulier en ce qui concerne le poids corporel.

- Chez des enfants avec un poids corporel de 30 à 50 kg une dose maximale de 15 mg de rivaroxaban une fois par jour est recommandée.
- Chez des enfants avec un poids corporel de 50 kg ou plus une dose maximale de 20 mg de rivaroxaban une fois par jour est recommandée.

J'atteste que je sais que la durée du remboursement par EP dépend des besoins du traitement.

J'atteste que je sais que cette spécialité n'est pas remboursée pour des bénéficiaires avec un eGFR <50 ml/min/1.73m². Chez ces bénéficiaires l'utilisation de cette spécialité n'est pas recommandée.

J'atteste aussi que je sais que le remboursement simultané de la spécialité pharmaceutique concernée avec un autre anticoagulant oral de la catégorie B-303 ou B-235 n'est jamais autorisé.

Je tiens les éléments de preuve, qui démontrent que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée, à disposition du médecin conseil.

IIa – Embolie pulmonaire aiguë (EP) et traitement prolongé pour la prévention secondaire après une EP aiguë (jusque max. 12 mois après la manifestation d'une EP aiguë) :

☐ Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le bénéficiaire mineur (<18 ans) avec un poids corporel ≥ 30 kg, mentionné ci-dessus avec EP (embolie pulmonaire) aiguë a besoin d'un traitement avec la spécialité pharmaceutique concernée à base de rivaroxaban, immédiatement après un traitement par un anticoagulant par voie parentérale pendant au moins 5 jours, pour le traitement et la prévention de récurrence de TVP et EP (embolie pulmonaire) à la suite d'une EP aiguë, conformément aux dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) de la spécialité pharmaceutique concernée.

Date de l'EP: / /

Le remboursement est nécessaire pendant maximum 12 mois. J'atteste, pour le traitement prolongé avec la spécialité pharmaceutique à base de rivaroxaban, qu'après un traitement éventuel de 3 ou 6 mois avec la spécialité pharmaceutique concernée, je tiendrai compte du profil de risque de ce bénéficiaire.

