Ordonnance

MediService by Redcare

Coordonnées du médecin (timbre du cabinet)	
Prénom, nom:	Tél.:
Cabinet/clinique:	N° RCC/GLN:
Rue/N°:	Fax:
NPA/localité:	E-mail:
Coordonnées du patient (étiquette du patient)	Langue du patient: ☐ F ☐ A ☐ I
Prénom, nom:	Tél.:
Rue/N°:	Assurance maladie:
NPA/localité:	N° d'ass.:
Date de naissance:	E-mail:

☐ **Winrevair®** 45 mg set (1 pce) 1 flacon avec poudre + solvant pour préparation d'une solution injectable	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Winrevair®** 45 mg set (2 pcs) 2 flacons avec poudre + solvant pour préparation d'une solution injectable	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Winrevair®** 60 mg set (1 pce) 1 flacon avec poudre + solvant pour préparation d'une solution injectable	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Winrevair®** 60 mg set (2 pcs) 2 flacons avec poudre + solvant pour préparation d'une solution injectable	_____ **Nombre d'emballages**

Posologie _____

Validité de l'ordonnance	☐ Ordonnance ponctuelle ☐ Ordonnance renouvelable ____ mois ☐ Renouvelable ____ fois
Code d'indication	☐ 21783.01 - hypertension artérielle pulmonaire
Garantie de prise en charge	☐ Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie)
Service Home Care	☐ Oui ☐ Non Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique* par un Infirmier spécialisé de MediService ☐ Oui ☐ Non Le médecin souhaite la coordination des analyses sanguines par un Infirmier spécialisé de MediService * Le service peut inclure, sur demande, une instruction d'injection à domicile. * Pour plus d'informations: https://www.mediservice.ch/fr/downloads/ph-care-msd.php
Adresse de livraison	☐ Adresse du patient ci-dessus ☐ Adresse du médecin ci-dessus ☐ Adresse de livraison (CH) ☐ Pharmacie d'hôpital

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée. Livraison le: _____

Important:
Le médecin confirme par sa signature que la patiente/le patient a consenti à la transmission de sa prescription, à l'encadrement Home Care ainsi qu'à la remise de cette dernière par MediService. Le médecin confirme également avec sa signature que ses coordonnées (sans nom de la patiente/du patient) peuvent être transmises au titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) à des fins statistiques et en cas d'événements indésirables.

Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à **contact@mediservice.ch** ou par fax au **032 686 20 30**.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature

02620

© MediService AG / Version: 24MSE0054DFI_b

MediService SA | Ausserfeldweg 1 | 4528 Zuchwil | Téléphone 032 686 20 20

Demande de prise en charge

MediService by Redcare

Coordonnées du médecin (timbre du cabinet)	
Prénom, nom :	Tél. :
Cabinet/clinique :	N° RCC/GLN :
Rue/N° :	Fax :
NPA/localité :	E-mail :
Coordonnées du patient (étiquette du patient)	Langue du patient : ☐ F ☐ A ☐ I
Prénom, nom :	Tél. :
Rue/N° :	Assurance maladie :
NPA/localité :	N° d'ass. :
Date de naissance :	E-mail :

Garantie de prise en charge	☐ À demander par MediService : MediService s'occupe d'établir et d'envoyer la demande de prise en charge pour Winrevair (21783.01) auprès de la caisse-maladie. Dans ce cas, veuillez s.v.p. remplir les informations cliniques ci-dessous.

Critères d'inclusion à remplir avant la première prescription* de Winrevair:

☐ Classe fonctionnelle OMS II à III.
☐ HTAP d'une des étiologies suivantes: HTAP idiopathique et héréditaire, HTAP associée à une maladie du tissu conjonctif, HTAP induite par des médicaments ou des toxines ou HTAP associée à une malformation cardiaque congénitale avec shunts réparés.
☐ Le patient reçoit déjà depuis au moins 4 mois, au minimum une bithérapie standard pour l'HTAP avec une efficacité insuffisante démontrée ou une monothérapie en cas d'intolérance démontrée à l'une des thérapies standard avec une efficacité insuffisante démontrée.
☐ RVP (résistance vasculaire pulmonaire) ≥ 5 WU (unités de Wood)
☐ Administration de WINREVAIR® conformément à l'information professionnelle.

Début prévu de la thérapie: _____

*La prescription initiale est effectuée dans un centre d'hypertension pulmonaire. La prescription est effectuée par un médecin spécialiste en pneumologie ou en cardiologie FMH ayant de l'expérience dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP).

Important:
Par sa signature le médecin confirme ce qui suit :
(1) que le médecin a informé le/la patient(e) de l'implication de MediService SA dans le cadre de la procédure de la garantie de prise en charge des coûts ;
(2) que le médecin a attiré l'attention de la/le patient(e) sur la déclaration de protection des données de MediService SA (disponible sous: https://www.mediservice.ch/fr/protection-des-donnees.php) ;
(3) que le médecin a expliqué à la ou au patient(e) que l'implication de MediService SA est facultative ; et
(4) que le/la patient(e) - après avoir été informé(e) - a expressément consenti à l'implication de MediService et à la transmission des données entre le médecin et MediService SA et entre MediService SA et l'assureur-maladie.
Par ailleurs, le médecin confirme avoir lui-même pris connaissance de la déclaration de protection des données de MediService AG (même lien).

Merci de nous envoyer le formulaire signé à **contact@mediservice.ch** ou par fax au **032 686 20 30.**	**Signature du médecin** Date, Timbre / Signature

02626

© MediService AG / Version: 24MSE0060DF_b

Demande de prise en charge

MediService by Redcare

Coordonnées du médecin (timbre du cabinet)	
Prénom, nom :	Tél. :
Cabinet/clinique :	N° RCC/GLN :
Rue/N° :	Fax :
NPA/localité :	E-mail :
Coordonnées du patient (étiquette du patient)	Langue du patient : ☐ F ☐ A ☐ I
Prénom, nom :	Tél. :
Rue/N° :	Assurance maladie :
NPA/localité :	N° d'ass. :
Date de naissance :	E-mail :

Garantie de prise en charge	☐ A demander par MediService: MediService s'occupe d'établir et d'envoyer la demande de prise en charge pour Winrevair (21783.01) auprès de la caisse-maladie. Dans ce cas, veuillez s.v.p. remplir les informations cliniques ci-dessous.

En cas de demande de renouvellement* (12 mois après la première demande et sur le traitement Winrevair®) :

☐ La première demande était positive
☐ Amélioration ou stabilisation prouvée de :
- de la FC de l'OMS ou
- du NT-proBNP et de la 6MWD (distance de marche de 6 minutes)

En cas de demande de renouvellement*, à partir de la troisième année de traitement:

☐ Évaluation positive de l'efficacité clinique par un médecin spécialiste en pneumologie ou en cardiologie FMH

*La prescription est faite par un médecin spécialiste en pneumologie ou en cardiologie FMH ayant de l'expérience dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP).

Important:
Par sa signature le médecin confirme ce qui suit :
(1) que le médecin a informé le/la patient(e) de l'implication de MediService SA dans le cadre de la procédure de la garantie de prise en charge des coûts ;
(2) que le médecin a attiré l'attention de la/le patient(e) sur la déclaration de protection des données de MediService SA (disponible sous: https://www.mediservice.ch/fr/protection-des-donnees.php) ;
(3) que le médecin a expliqué à la ou au patient(e) que l'implication de MediService SA est facultative ; et
(4) que le/la patient(e) - après avoir été informé(e) - a expressément consenti à l'implication de MediService et à la transmission des données entre le médecin et MediService SA et entre MediService SA et l'assureur-maladie.
Par ailleurs, le médecin confirme avoir lui-même pris connaissance de la déclaration de protection des données de MediService AG (même lien).

Merci de nous envoyer le formulaire signé à **contact@mediservice.ch** ou par fax au **032 686 20 30.**	**Signature du médecin**
	Date, Timbre / Signature

02626

© MediService AG / Version: 24MSE0060DF_b