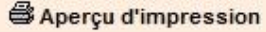


## Conditions de remboursement du [CAYSTON](#) au 1/1/2015.

Il est conseillé de vérifier l'absence d'actualisation récente de ce texte, via ce lien [→ ici](#)

<b>Conditions de remboursement</b>	
<b>Chapitre : IV</b>	<b>Sous-paragraphes : 6100000</b>
<p>a) La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est administrée pour le traitement d'une infection chronique à <i>Pseudomonas aeruginosa</i> chez un bénéficiaire âgé de 6 ans ou plus, atteint de mucoviscidose, et présentant, à l'initiation du traitement, un VEMS égal ou supérieur à 25 % de la valeur théorique basée sur l'âge, le sexe et la taille.</p> <p>b) Le remboursement est accordé pour autant que le médecin spécialiste visé au point d) ci-dessous s'engage à arrêter le traitement si un nouvel examen pléthysmographique, réalisé au cours du 6ème mois après l'initiation du traitement, montre que le VEMS (le meilleur résultat de 3 épreuves) est inférieur au VEMS de départ.</p> <p>c) Le remboursement est limité à un maximum de 6 conditionnements de 84 ampoules par période de 12 mois.</p> <p>d) Le remboursement est conditionné par la fourniture au pharmacien hospitalier concerné, préalablement à la facturation en tiers payant, d'un formulaire, dont le modèle est repris à l'annexe A du présent paragraphe, complété, daté et signé par un médecin spécialiste en pédiatrie ou en pneumologie, attaché à un centre de référence reconnu en matière de mucoviscidose.</p> <p>En complétant ainsi ce formulaire dans les rubriques ad hoc, le médecin spécialiste susvisé, simultanément:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. mentionne les éléments relatifs au diagnostic et la présence du critère susmentionné, et, lorsqu'il s'agit d'une première demande de prolongation de remboursement, les éléments relatifs à l'évolution clinique du patient (VEMS);</li><li>2. mentionne les éléments permettant d'identifier le Centre reconnu susvisé auquel il est attaché;</li><li>3. s'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve confirmant les éléments attestés.</li></ol> <p>e) Le formulaire repris à l'annexe A devra être tenu à la disposition du médecin conseil.</p> <p>f) Le remboursement simultané de CAYSTON et de TOBI n'est pas autorisé.</p>	
<b>Formulaire(s) de demande :</b>	
<b>CAYSTON</b>	<a href="#">Formulaire préalable à la facturation (destiné au pharmacien hospitalier)</a>

