

Formulaire de demande de remboursement après un traitement non-remboursé de la spécialité HUMIRA pendant au moins 12 semaines pour une forme sévère de la maladie de Crohn chez un patient adulte (§ 4550000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001). (Cette procédure n'est applicable que pendant une période transitoire de 6 mois à partir de la date de l'entrée en vigueur du présent § 4550000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.)

Je soussigné, médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne, certifie que le patient adulte mentionné ci-dessus est atteint d'une forme sévère de la maladie de Crohn répondant insuffisamment à la thérapie conventionnelle, et remplit, avant l'initiation du traitement non-remboursé de HUMIRA, les conditions figurant au point a) du § 4550000 du chapitre IV de l'Annexe I de l'A.R. du 21 décembre 2001:

- Corticoïde :

Nom :

Date de début :

Dose initiale :

Durée du traitement :

Le cas échéant, éléments démontrant l'intolérance ou la contre-indication au traitement :

- Immunosuppresseur :

Nom :

Date de début :

Dose initiale :

Durée du traitement :

Le cas échéant, éléments démontrant l'intolérance ou la contre-indication au traitement :

J'atteste que l'absence actuelle de tuberculose évolutive correspond chez ce patient à la situation dont la case est cochée ci-dessous :

- ☐ Radiographie pulmonaire et test de Mantoux simultanément négatifs ;
- ☐ Radiographie pulmonaire positive ou test de Mantoux positif : une éventuelle TBC active a fait l'objet d'un traitement adéquat, confirmé par un médecin spécialiste en pneumologie au point IV du présent formulaire. Une éventuelle TBC latente, fait l'objet d'un traitement adéquat instauré depuis au moins 4 semaines, confirmé par un médecin spécialiste en pneumologie (voir point IV).

J'atteste que ce traitement non-remboursé par HUMIRA pendant au moins 12 semaines s'est montré efficace dans le passé, par une rémission ou une amélioration clinique.

Sur base de ce qui précède, j'atteste que ce patient entre en ligne de compte quant au remboursement d'une prolongation du traitement de la spécialité HUMIRA pour

- ☐ 13 conditionnements = 26 stylos préremplis ou seringues préremplies
 - ☐ 14 conditionnements = 28 stylos préremplis ou seringues préremplies
 - ☐ 15 conditionnements = 30 stylos préremplis ou seringues préremplies
 - ☐ 16 conditionnements = 32 stylos préremplis ou seringues préremplies
- de HUMIRA conditionnements couvrant 12 mois de traitement d'entretien.

En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)

IV– (Le cas échéant):

• **Eléments à attester par un médecin spécialiste en pneumologie:**

Je soussigné, médecin spécialiste en pneumologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus se trouvait dans la situation suivante:

☐ radiographie pulmonaire positive ou un test de Mantoux positif.

☐ J'atteste qu'il a reçu dans le passé un traitement adéquat d'une tuberculose active,

- en l'occurrence :.....(traitement anti-tuberculeux administré)

- Depuis le ____/____/____ (date de début)

- Pendant ____ mois (durée du traitement)

☐ Je confirme donc l'absence actuelle de tuberculose évolutive chez ce patient.

☐ Je confirme qu'étant donné la suspicion d'une tuberculose latente, un traitement adéquat prophylactique d'une réactivation d'une TBC latente est actuellement administré depuis au moins 4 semaines.

• **Identification du médecin spécialiste en pneumologie (nom, prénom, N° INAMI):**

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)