

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité ROACTEMRA (§ 5250000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en rhumatologie, certifie que les conditions figurant au point a) et b) du § 5250000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité ROACTEMRA chez ce patient sont remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous :

J'atteste qu'il s'agit d'un patient âgé d'au moins 18 ans qui présente une arthrite rhumatoïde active, modérée à sévère et qu'il a reçu au préalable de façon optimale au moins deux SAARD.

□ Ceux-ci, utilisés à dose optimale pendant au moins 3 mois, ont donné lieu à une réponse inadéquate:

(ou)

□ Ceux-ci ont donné lieu à une intolérance

Conditions relatives à l'absence actuelle de tuberculose évolutive, ainsi qu'aux mesures nécessaires quant à la prophylaxie d'une réactivation d'une tuberculose latente.

J'atteste que je tiens à la disposition du médecin-conseil un formulaire de description clinique dont le modèle figure à l'annexe B du § 5250000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, dont toutes les rubriques ont été entièrement complétées et signées avant l'initiation du traitement, par le bénéficiaire pour le HAQ, le cas échéant par un médecin spécialiste en pneumologie, et par moi-même pour tous les autres items.

En outre,

J'atteste qu'il s'agit d'un patient dont le score DAS 28 est égal ou supérieur à 3,7 et qui remplit donc toutes les conditions pour obtenir le remboursement d'un traitement avec la spécialité ROACTEMRA pendant une période de 6 mois.

Je sollicite donc pour mon patient le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant les 6 premiers mois est mentionné ci-dessous, en tenant compte :

de la date présumée de début du traitement : 00/00/0000

du poids de mon patient :

de kg

le / / (Date à laquelle le patient a été pesé) ;

du nombre suivant de conditionnements par perfusion :

□□ flacon(s) de solution à diluer de 4 ml

 flacon(s) de solution à diluer de 10 ml

□□ flacon(s) de solution à diluer de 20 ml

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.

Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité demandée, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point f) du § 5250000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)
 UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)
 1-UUUUUU-uu-uuuu (N° INAMI)
 uu / uu / uuuuu (Date)

(nom)

(prénom)

(N° INAMI)

(Date)

(CACHET)

(SIGNATURE
MEDECIN)

DU