Formulaire de demande de remboursement de la spécialité BENLYSTA (§ 6280000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)																																			
<u>I – Ident</u> i	I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation):																																		
							$\perp$																				$\perp$		L			╛			
<u>II – Elém</u>	ents	à a	ttest	er	oar	le m	<u>néc</u>	leci	n s	spéc	iali	ste	e en	rhı	uma	tolo	gie	ou	méc	leci	ne	inte	ern	<u>e:</u>											
Je souss point a) BENLYS	du §	62	8000	0 c	lu c	hap	itre	· IV	d	e l'A	ιŔ.	dι	ı 21	dé	cen	nbre	20	01	oour	le i	em	ıboı	ırse	eme	nt	de	ľa	dm	iini	istra	tion	de	e la	spé	
III – Sit appropri			du j	<u>pati</u>	ent	né	ce	<u>ssit</u>	ar	it a	ctue	elle	emer	nt	l'ac	<u>lmin</u> i	istr	atic	n d	e E	<u>BEN</u>	<u>ILY</u>	ST	Α (	<u>en</u>	as	SO	<u>cia</u>	tic	on (	COC	che	z le	es (	<u>cases</u>
A) J'a contrô																									nat	eux	di	issé	m	iné	acti	f ir	suff	isan	nment
1)	Re	époi	nse ii	nsu	ffisa	ante	au	x tra	aite	eme	nts s	sui	vants	s:																					
		•	antii corti un a	icoï	de a	à do	se	≥ 7,		_			3 mc	ois,	ΕT	-																			
2)	2) Un score SELENA SLEDAI ≥ 10, ET																																		
3)	3) Un score BILAG d'au moins 1A ou 2B, ET																																		
4)	4) Présence d'anticorps anti-ADN natifs (> 30 IU/mI), ET																																		
5)	5) Déficit du complément C3 et/ou C4 par rapport aux valeurs de référence du laboratoire																																		
	e soll itial p																											nts	ро	ur a	ıSSL	ıreı	le t	traite	ement
a) du BENL a été ou plu	B) J'atteste qu'il s'agit d'un patient qui est déjà traité par BENLYSTA non-remboursé, et j'atteste que les conditions figurant au poin a) du § 6280000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité BENLYSTA chez ce patient étaient remplies au moment de l'instauration de ce traitement et qu'une réponse suffisante au traitement a été constatée durant la période de traitement non-remboursée. Une réponse suffisante est définie par une diminution de 4 points ou plus du score SELENA SLEDAI par rapport à la valeur avant l'initiation du traitement avec BENLYSTA et sans qu'aucun nouveau score BILAG de niveau 1A ou 2B n'ait été constaté pendant la période du traitement par BENLYSTA.									cialité ement points																									
	Je sollicite pour mon patient le remboursement du nombre nécessaire de conditionnements pour assurer le traitement pendant 6 mois, tenant compte d'une posologie de 10 mg/kg à l'initiation du traitement (maximum 6 administrations).									lant 6																									
C) Je m'o situati	_	_		nir à	ı la	disp	os	itior	1 (	du m	iéde	cii	n-coi	ารค	eil le	es éle	éme	ents	de	preı	ıve	éta	abli	ssaı	nt	que	: m	non	ра	atier	nt s	e t	rouv	e da	ans la
D) J'attes érythé							in	spé	ci	aliste	e er	า	rhum	nato	olog	ie o	u r	méd	ecin	inte	ern	iste	ex	æpér	im	ente	é (	dan	S	le 1	rait	em	ent	de	lupus
Conditio	ns re	elat	ives	à l'	éta	du	ра	tien	ıt â	ìlir	sta	ura	atior	ı d	lu tı	raitei	me	nt:																	
De ce fai traitemer																										A ac	lmi	inist	tré	en	ass	oci	atio	n av	ec les
1.	Antir	nala	ırique	e:_			- —								Т	raite	me	nt a	ctue	: o	ui /	no	n												
	Depu Dose Pend	jοι	ırnali	ère	:_		_ n	ng																											
2.	Corti	coïo	de :						_						T	raite	me	nt a	ctue	: o	ui /	no	n												
	Depu Dose Pend	jοι	ırnali	ère	:_		_ n	ng																											

3. Autre immunosuppresseur : \_ \_ \_ \_ Traitement actuel : oui / non

Dose	uis le :// (début de traitement)  journalière : mg
Pend	ant mois (durée de traitement)
J'atte obter	este que chez ce patient, en dépit des traitements administrés, un score SELENA-SLEDAI de (valeur) a été nu le/_ / (date à laquelle le score SELENA SLEDAI a été déterminé et le traitement par BENLYSTA est initié).
	este que chez ce patient, en dépit des traitements administrés, les 3 scores maximaux BILAG obtenus à la date de/_ sont :
	Score: / système d'organe:
	Score: / système d'organe:
	Score: / système d'organe:
J'atte ce pa	este qu'en date du// (date du prélèvement) des examens de biologie ont permis de mettre en évidence che atient :
-	La présence d'anticorps anti-ADN natifs (>30 IU/ml):IU/ml
	ET
	- Un déficit du complément C3 et/ou C4 par rapport aux valeurs de référence du laboratoire
	Valeurs obtenues:
	C3: C4:
	Valeurs de référence du laboratoire:
	C3: C4:
	- Poids du patient au moment de la demande: kg
	- Date présumée de début du traitement://
III – Identifica	ntion du médecin spécialiste en rhumatologie ou médecine interne (nom, prénom, N°INAMI):
1 -	
/	/
	(cachet) (signature du médecin)