

Formulaire de demande de remboursement après un traitement non remboursé avec la spécialité STELARA pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère chez l'adulte (§ 5730000 du chapitre IV de l'annexe I 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 paragraphe, relatif au paragraphe 5730000 du chapitre IV de l'annexe I de l'A.R. du 21 décembre 2001).

\_\_\_\_\_

Je soussigné, médecin spécialiste en dermatologie, expérimenté dans le domaine des traitements systémiques du psoriasis, certifie que le patient mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans, a déjà bénéficié d'un traitement par au moins 3 administrations de 1 seringue pré-rempli avec des conditionnements non remboursés de la spécialité STELARA pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère, et que ce patient, avant l'initiation du traitement non-remboursé, remplissait simultanément toutes les conditions figurant au point a) du § 5730000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, en l'occurrence les conditions relatives à une surface corporelle cutanée définie par un BSA > 10 % ou un PASI > 10 malgré un traitement systémique adéquat ayant comporté, à moins d'une intolérance constatée et documentée ou d'une contre-indication existante et documentée pour ceux-ci, une PUVA-thérapie, du méthotrexate à une dose d'au moins 15 mg/semaine pendant au moins 3 mois, et de la ciclosporine à une dose d'au moins 2,5 mg/kg pendant au moins 2 mois.

Sur base de ce qui précède, j'atteste que ce patient nécessite le remboursement d'une prolongation du traitement avec la spécialité STELARA, pendant une période de 24 semaines maximum. Je sollicite donc pour mon patient le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant 24 semaines de traitement est, en tenant compte d'une dose de 45 mg pour un patient avec un poids corporel jusqu'à 100 kg et de 90 mg pour un patient pesant plus de 100 kg.

..... conditionnements de STELARA 90 mg (maximum 2 conditionnements autorisés)

- La date présumée de début du prolongement remboursé du traitement : / /
- Le poids corporel du patient concerné, c'est-à-dire ..... kg en date du / /

Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité demandée, à communiquer au collège de médecins, désigné par le 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 paragraphe 5730000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

Comme l'imposent les dispositions du point f) du §5730000 du chapitre IV de l'annexe I de l'A.R. du 21 décembre 2001, je joins au présent formulaire un rapport circonstancié décrivant les différents éléments relatifs au traitement antérieur non remboursé avec la spécialité STELARA.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

| 1 | - | | | | | | - | | | - | | | | (n° INAMI)

| | | / | | / | | | (date)

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)