# ANNEXE D : Modèle de formulaire de demande de remboursement visant les situations de traitement antérieur nonremboursé de plus de six mois :

Formulaire de demande de remboursement après un traitement non-remboursé de plus de six mois avec la spécialité ROACTEMRA (§ 5250000 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 paragraphe 5250000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.)

#### I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.) :

### II - Eléments à attester par un médecin spécialiste en rhumatologie :

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en rhumatologie, certifie qu'il s'agit d'un patient, d'âgé d'au moins 18 ans, qui remplissait toutes les conditions de remboursement pour un traitement avec la spécialité ROACTEMRA administrée sans remboursement pendant plus de 6 mois.

En effet, le premier traitement non-remboursé de plus de six mois, débutée le ⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔∪, avec un score DAS 28 qui était ≥ à 5,10 à l'initiation du traitement par ROACTEMRA, s'est montré efficace, car une réponse « moyenne » (une diminution du score DAS28 entre 0,6 et 1,2) ou « bonne » (une diminution du score DAS28 > 1,2) selon le critère EULAR au niveau du score DAS28 actuel a été obtenue.

Amélioration du DAS28 par rapport à la valeur basale avant le traitement Score DAS28 actuel	> 1.2	0.6 - 1.2
< 3.2	Bonne réponse	Réponse moyenne
3.2 – 5.1	Réponse moyenne	Réponse moyenne
> 5.1	Réponse moyenne	Pas de réponse

Ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la prolongation du traitement avec la spécialité ROACTEMRA pendant une période de 12 mois. Je sollicite le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant 12 mois est mentionné ci-dessous, en tenant compte :

de la date présumée de début de la prolongation du traitement : ⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔∟ du poids de mon patient :
de பபப kg
le பப/பப/பபப (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.

### III - Rapport complémentaire indispensable:

Comme l'imposent les dispositions du point e') du § 5250000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001, je joins au présent formulaire un rapport circonstancié décrivant les différents éléments relatifs au traitement antérieur non-remboursé avec la spécialité ROACTEMRA administrée en association ou non avec le méthotrexate.

# IV – Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:

บบบบบบบบบบบบบบ (prénom)	
1-UUUUU-UU-UUU (Numéro INAMI)	
บบ/บบ/บบบบ (date)	
	1
(cachet)	(signature du médecin