

## Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité INTRON A (§ 420200 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)

\_\_\_\_\_

Je, soussigné médecin-spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne, déclare que l(e)a patient(e) adulte ci-dessus, présente une hépatite B chronique et active et que son bilan diagnostique comprend tous les éléments suivants:

- ☐ antigène HBs présent depuis plus de 6 mois  
**et**
- ☐ le taux de VHB-ADN est de .....IU/ml  
**et**
- ☐ deux taux récents d'ALAT élevés de .....U/l et de .....U/l  
**et**
- ☐ une biopsie hépatique. Cette ponction hépatique n'est pas requise en cas d'hémophilie ☐ ou traitement par anticoagulants ☐.

Je demande le remboursement de l'INTRON A avec une posologie de .....millions IE (entre 5 à 10 millions IE) trois fois par semaine pendant ..... mois (8 mois au maximum).

Sur demande, j'envoie les pièces justificatives qui soutiennent la situation attestée de mon patient, au médecin conseil de l'organisme assureur.

Je, soussigné médecin-spécialiste en gastro-entérologie ou médecine interne, demande pour le patient adulte mentionné ci-dessus, qui présente une hépatite B chronique et active, un deuxième remboursement pour l'INTRON A. Le bilan diagnostique comprend tous les éléments suivants :

- ☐ le taux de VHB-ADN était récemment de .....IU/ml.  
**et**  
☐ deux taux récents d'ALAT élevés de .....U/l et de .....U/l.

Je demande de nouveau le remboursement de l'INTRON A avec une posologie de .....millions IE (entre 5 à 10 millions IE) trois fois par semaine pendant ..... mois (8 mois au maximum).

Sur demande, j'envoie les pièces justificatives qui soutiennent la situation attestée de mon patient, au médecin conseil de l'organisme assureur.

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

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

1 - - - - - (n° INAMI)

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

--

(cachet)

..... (signature du médecin)