

Annexe 1

Modèle du formulaire de demande de remboursement pour le PEGINTRON en monothérapie (§ 2350100 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001)

Prénom et nom du bénéficiaire:

Adresse du bénéficiaire:

N° d'affiliation à l'organisme assureur:
(ou vignette de l'organisme assureur)

Je soussigné(e), médecin traitant, spécialiste reconnu(e) en gastro-entérologie ou en médecine interne, sollicite le remboursement de la spécialité PEGINTRON pour mon patient atteint d'hépatite C chronique prouvée par une élévation d'ALAT à deux reprises à au moins 1 mois d'intervalle, un ARN-VHC sérique positif et un examen histologique après biopsie hépatique.

☐ Cet examen histologique n'est pas requis en cas de génotype viral 2, génotype viral 3, hémophilie ou traitement concomitant par anticoagulants.

☐ Je confirme qu'il existe pour ce patient une contre-indication documentée à la ribavirine (anémie, hémoglobinopathie, insuffisance rénale sévère, hémodialyse).

ET

☐ En outre, le bénéficiaire a à l'examen histologique, lorsque la biopsie est requise comme mentionné au premier alinéa ci-dessus, une inflammation ou une fibrose. En cas de cirrhose, l'atteinte hépatique chronique ne peut pas dépasser le score A à l'index Child-Pugh.

ET

☐ Je m'engage à envoyer, sur demande, les pièces justificatives au médecin conseil de l'organisme assureur.

☐ - **Demande de remboursement pour une première période de 24 semaines**

☐ Je m'engage à ne pas continuer après 12 semaines, lorsque, après ce délai, l'efficacité (*) n'a pas pu être démontrée.

☐ – **Demande de renouvellement du remboursement pour une période de 24 semaines pour un patient ayant eu une réponse virologique à 12 semaines (*) dont j'envoie également aujourd'hui les résultats des examens effectués.**

(*) L'efficacité est démontrée si, après 12 semaines de traitement, la virémie est:

☐ soit devenue inférieure à 1% (diminution de > 2 log) de la valeur avant traitement pour un patient naïf

☐ soit devenue indétectable (ARN-VHC négatif) pour un patient en retraitement

Poids du patient : kg

Le dosage prescrit de PEGINTRON est de 0,5 ou 1,0 µg/kg/semaine

Pour 24 semaines:

<input type="checkbox"/> ≤ 56 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON stylo/vial 50 µg (boîtes de 4 unités)	6 boîtes
<input type="checkbox"/> 57 – 88 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON stylo/vial 80 µg (boîtes de 4 unités)	6 boîtes
ou	<input type="checkbox"/> PEGINTRON stylo/vial 50 µg (boîtes de 4 unités)	6 boîtes
<input type="checkbox"/> 89 – 106 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON stylo/vial 100 µg (boîtes de 4 unités)	6 boîtes
ou	<input type="checkbox"/> PEGINTRON stylo/vial 50 µg (boîtes de 4 unités)	6 boîtes
<input type="checkbox"/> ≥ 107 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON stylo/vial 120 µg (boîtes de 4 unités)	6 boîtes
ou	<input type="checkbox"/> PEGINTRON stylo/vial 80 µg (boîtes de 4 unités)	6 boîtes

Identification du médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne (nom, prénom, adresse, N° INAMI):

..... (nom)

..... (prénom)

1-..... (N° INAMI)

..... (date)



(CACHET)

.....(SIGNATURE DU MEDECIN)

m) in § 2350200, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt:

m) au § 2350200, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes: