

ANNEXE A : Formulaire de demande

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation) :

Nom:

Prénom:

N° d'affiliation :

II - Première demande [point a) du paragraphe 5020000 du chapitre IV de l'AR du 21-12-2001]:

1. ☐ Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus présente une spondylarthrite ankylosante. De ce fait, ce patient nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec cette spécialité. Je sollicite le remboursement des conditionnements dont le nombre et le dosage nécessaires au traitement sont mentionnés ci-dessous. Je sais que le remboursement de cette spécialité est conditionné par la non-administration concomitante d'autre(s) médicament(s) anti-inflammatoire(s) non-stéroïdien(s) et/ou d'inhibiteurs de la pompe à protons pour la prévention des érosions et ulcérations gastroduodénales qui pourraient survenir du fait d'un traitement par AINS [cfr. Chapitre II § 20000 1° a) 3.3] et j'en ai personnellement averti mon patient.

☐ J'ai tenu compte des contre-indications suivantes :

- Insuffisance cardiaque congestive (NYHA II-IV)
- cardiopathie ischémique, artériopathie périphérique et/ou pathologie cérébrovasculaire démontrées

Traitement avec une posologie de 200 mg par jour:

1.1. ☐ Pendant une période de 180 jours remboursement de ____ (maximum 6) conditionnement(s) de 60 caps. à 100 mg;

1.2. ☐ Pendant une période de 180 jours remboursement de ____ (maximum 6) conditionnement(s) de 30 caps. à 200 mg;

Traitement avec une posologie de 400 mg par jour:

1.3. ☐ Pendant une période de 180 jours remboursement de ____ (maximum 12) conditionnement(s) de 30 caps. à 200 mg;

III - Demande de prolongation [point d) du paragraphe 5020000 du chapitre IV de l'AR du 21-12-2001]:

2. ☐ Je soussigné, docteur en médecine, atteste que, chez le patient qui est mentionné ci-dessus et qui a déjà reçu le remboursement de cette spécialité dans le cadre d'un traitement de spondylarthrite ankylosante, la prolongation du traitement est médicalement justifiée. De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de cette spécialité. Je sollicite le remboursement des conditionnements dont le nombre et le dosage nécessaires au traitement sont mentionnés ci-dessous.

☐ J'ai tenu compte des contre-indications suivantes :

- Insuffisance cardiaque congestive (NYHA II-IV)
- Cardiopathie ischémique, artériopathie périphérique et/ou pathologie cérébrovasculaire démontrées

☐ Je sais que le remboursement de cette spécialité est conditionné par la non-administration concomitante d'autre(s) médicament(s) anti-inflammatoire(s) non-stéroïdien(s) et/ou d'inhibiteurs de la pompe à protons pour la prévention des érosions et ulcérations gastroduodénales qui pourraient survenir du fait d'un traitement par AINS [cfr. Chapitre II § 20000 1° a) 3.3] et j'en ai personnellement averti mon patient.

Prolongation d'un traitement avec une posologie de 200 mg par jour:

2.1. ☐ Pendant une période de 360 jours remboursement de ____ (maximum 12) conditionnement(s) de 60 caps. à 100 mg;

2.2. ☐ Pendant une période de 360 jours remboursement de ____ (maximum 12) conditionnement(s) de 30 caps. à 200 mg;

Prolongation d'un traitement avec une posologie de 400 mg par jour:

2.3. ☐ Pendant une période de 360 jours remboursement de ____ (maximum 24) conditionnement(s) de 30 caps à 200 mg;

IV - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

Nom:

Prénom:

N° INAMI: 1--.....-.....

Date:-.....-.....

--	--

(CACHET)

..... (SIGNATURE DU MEDECIN)