

Formulaire de demande de prolongation unique de remboursement de la spécialité HUMIRA pour le traitement de la rectocolite ulcéro-hémorragique chez l'adulte, visant les situations de traitement antérieur non remboursé de plus de 14 semaines.

I Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur):

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne et responsable du traitement, certifie que le patient mentionné ci-dessus a déjà reçu un traitement avec des conditionnements non-remboursés de la spécialité HUMIRA pendant plus de 14 semaines pour une rectocolite ulcéro-hémorragique sévère, et que ce patient, avant l'initiation du traitement avec des conditionnements non-remboursés de la spécialité HUMIRA, remplissait les conditions figurant au point e') du § 6780000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001. J'atteste que ce traitement s'est montré efficace par une diminution d'au moins 3 points du Mayo score et une diminution du sous-score 'rectorragie' d'au moins 1 point - à moins d'un sous-score de 0 ou 1 - par rapport à la valeur de départ du Mayo score à la semaine 0.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité HUMIRA 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 d'une dose de 40mg une fois toutes les deux semaines.

La date présumée de début de la prolongation du traitement est le / / .

□□ (maximum 13) conditionnements de 2 seringues/stylos.

En outre, 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.

☐ **Rapport complémentaire indispensable:**

Comme l'imposent les dispositions du point e) du § 6780000 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 HUMIRA. Le cas échéant, ce rapport traite également des mesures de précautions prises en cas de tuberculose.

(nom)

(prénom)

1 - □□□□□-□□-□□□ (n° INAMI)

□□/□□/□□□□ (date)

Cachet et signature du médecin:

--