

## Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité ZEFFIX (§ 2000100 et § 2000200 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 complet correspond à une des 2 possibilités suivantes:

et

et

et

et

et

et

et

et

et

☐ taux de l'ADN-VHB actuel ou avant la transplantation chez le receveur de .....IU/ml

ou

☐ solution buvable avec une quantité maximale de 16 flacons par an. Mon patient présente une clairance de la créatinine de .....ml/min (< 50 ml/min)

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, la prolongation du remboursement de ZEFFIX ; 2 possibilités :

☐ **possibilité 1 (§ 2000100):** toutes les conditions suivantes sont remplies :

☐ l'antigène HBs persiste  
et

☐ le taux d'ADN-VHB est de ..... IU/ml. Ceci doit être inférieur à 2.000 IU/ml. Je m'engage à arrêter le traitement par ZEFFIX si la virémie réaugmente au dessus de 2.000 IU/ml  
et

☐ l'antigène HBe était présent dès le début du traitement. Lors d'un contrôle récent, il s'avère que l'antigène HBe persiste. Je m'engage à arrêter le traitement par ZEFFIX lorsqu'une séroconversion HBe aura lieu démontrée par au moins 2 examens biologiques réalisés à au moins 6 mois d'intervalle  
ou

☐ l'antigène HBe était absent dès le début du traitement. Je m'engage à arrêter le traitement par ZEFFIX lorsqu'une séroconversion HBs aura lieu démontrée par au moins 2 examens biologiques réalisés à au moins 6 mois d'intervalle

☐ **possibilité 2 (§ 2000200):** toutes les conditions suivantes sont remplies :

☐ situation particulière de

☐ greffe d'organe ou sur la liste d'attente

ou ☐ greffe de moelle ou sur la liste d'attente

ou ☐ cirrhose histologiquement démontrée

et

☐ le taux de l'ADN-VHB était récemment de .....IU/ml

Quelle que soit la situation mentionnée ci-dessus de mon patient, je demande la prolongation du remboursement du ZEFFIX sous la forme de

☐ comprimés de 100 mg, avec un dosage maximal de 1 comprimé par jour

ou

☐ solution buvable avec une quantité maximale de 16 flacons par an. Mon patient présente une clairance de la créatinine de .....ml/min (< 50 ml/min)

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

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

(nom)

(prénom)

1  -      -   -     (n° INAMI)

/   /     (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)