

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité CIMZIA pour une arthrite rhumatoïde (§ 5600000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en rhumatologie, certifie que les conditions figurant au point a) et b) du § 5600000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité CIMZIA chez ce patient sont remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous :

J'atteste qu'il s'agit d'un patient âgé d'au moins 18 ans qui présente une polyarthrite rhumatoïde active, modérée à sévère et qu'il a reçu au préalable de façon optimale au moins deux SAARD.

(ou)

□ Ceux-ci ont donné lieu à une intolérance.

Conditions relatives à l'absence actuelle de tuberculose évolutive, ainsi qu'aux mesures nécessaires quant à la prophylaxie d'une réactivation d'une tuberculose latente.

J'atteste que je tiens à la disposition du médecin-conseil un formulaire de description clinique dont le modèle figure à l'annexe B du § 5600000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, dont toutes les rubriques ont été entièrement complétées et signées avant l'initiation du traitement, par le bénéficiaire pour le HAQ, le cas échéant par un médecin spécialiste en pneumologie, et par moi-même pour tous les autres items.

En outre,

J'atteste qu'il s'agit d'un patient dont le score DAS 28 est égal ou supérieur à 3,7 et qui remplit donc toutes les conditions pour obtenir le remboursement d'un traitement avec la spécialité CIMZIA pendant une période de 6 mois.

De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir pendant une période de 6 mois le remboursement d'un traitement avec la spécialité CIMZIA :

☐ en association avec le méthotrexate,
ou.

☐ sans méthotrexate (lorsqu'il existe chez le patient concerné une intolérance démontrée au méthotrexate)

Je sollicite donc pour mon patient le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant les 6 premiers mois de traitement, tenant compte d'une dose initiale de 400 mg (2 x 200 mg le même jour) aux semaines 0,2 et 4 suivi d'une dose d'entretien de 200 mg toutes les 2 semaines, est mentionné ci-dessous

- conditionnements (maximum 8)

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.

Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité demandée, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point f) du § 5600000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

_____ (nom)
 _____ (prénom)
 1-_____-_____-_____ (N° INAMI)
 ____ / ____ / _____ (Date)

(CACHET)

..... (SIGNATURE DU MEDECIN)