

ANNEXE D : Modèle de formulaire de demande de remboursement visant les situations de traitement antérieur non-remboursé de plus de six mois

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité REMICADE pour une arthrite psoriasique après un traitement non-remboursé de plus de 6 mois (§354 du chapitre IV de l'Annexe I de l'A.R. du 21 décembre 2001)

(Cette procédure n'est applicable que pendant une période transitoire de 6 mois à partir de la date de l'entrée en vigueur du présent paragraphe, relatif au paragraphe 354 du chapitre IV de l'Annexe I de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.) :

II – Éléments à attester par un médecin spécialiste en rhumatologie :

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en rhumatologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus, est âgé d'au moins 17 ans, a déjà bénéficié d'un traitement avec des conditionnements non-remboursés de la spécialité REMICADE pendant au moins 6 mois, pour une arthrite psoriasique insuffisamment contrôlée, et que ce patient, avant l'initiation du traitement, remplissait les conditions figurant au point e') du §354 du chapitre IV de l'Annexe I de l'A.R. du 21 décembre 2001.

J'atteste que ce traitement non-remboursé de plus de six mois s'est montré efficace

☐ de type poly-articulaire

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace à la fois par une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations atteintes d'une arthrite active et par une diminution d'au moins 20 % de l'index au HAQ (Health Assessment Questionnaire), par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement.

Ou

☐ de type oligo-articulaire

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace à la fois par une amélioration de minimum 2 points sur le NRS (Numerical Rating Scale) rempli séparément par le patient et par le médecin pour l'articulation majeure la plus atteinte ;

Sur base de ce qui précède, j'atteste que ce patient entre en ligne de compte quant au remboursement d'une prolongation du traitement avec la spécialité REMICADE, pendant une période de 12 mois. Je sollicite donc pour mon patient le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant 12 mois est mentionné ci-dessous, en tenant compte :

de la date présumée de début de la prolongation du traitement : / /

du poids de mon patient :

 kg
le / / (Date à laquelle le patient a été pesé)

du nombre de conditionnements de 100 mg par perfusion à raison de 5 mg/kg :

de la posologie de 5 mg/kg toutes les 8 semaines ce qui, pour un traitement de 12 mois, porte le nombre total de conditionnements nécessaires à :

 conditionnements de 100 mg

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.

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 §354 du chapitre IV de l'Annexe I de l'A.R. du 21 décembre 2001.

III – Rapport complémentaire indispensable:

Comme l'imposent les dispositions du point e') du §354 du chapitre IV de l'Annexe I 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 REMICADE.

IV – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

1-	(nom)
/	(prénom)
/	(N° INAMI)
-	(DATE)
-	

<div data-bbox="74 472 576 596" style="border: 1px solid black; width: 309px; height: 59px;"></div>	(CACHET)	(SIGNATURE MEDECIN)	DU
---	----------	-------	------------------------	----