

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité BENLYSTA (§ 6280000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001).

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en rhumatologie ou médecine interne, certifie que les conditions figurant au point f) du § 6280000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité BENLYSTA chez ce patient sont remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous :

A) J'atteste qu'il s'agit d'un patient âgé d'au moins 18 ans qui présente un lupus érythémateux disséminé actif insuffisamment contrôlé au moment de la première demande, et qui a déjà bénéficié d'un traitement remboursé par BENLYSTA pendant au moins une période de 6 mois.

B) J'atteste que, durant la dernière période de traitement remboursé, le patient a obtenu un score du SELENA-SLEDAI inférieur de 4 points ou plus à celui observé avant l'initiation du traitement avec BENLYSTA et sans qu'aucun nouveau score BILAG de niveau 1A ou 2B n'ait été constaté pendant la dernière période du traitement par BENLYSTA.

C) Je sollicite donc pour mon patient le prolongement du remboursement de BENLYSTA pour une période de 6 mois, tenant compte d'une posologie de 10 mg/kg administrée toutes les 4 semaines (maximum 7 administrations).

D) J'atteste que je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

E) J'atteste que je suis médecin spécialiste en rhumatologie ou médecin interniste expérimenté dans le traitement de lupus érythémateux systémique.

De ce fait, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir un traitement avec la spécialité BENLYSTA administré en association avec les traitements de base. Les traitements suivants ont été administrés antérieurement chez ce patient :

1. Antimalarique : Traitement actuel : oui / non

Depuis le : ____ / ____ / ____ (début de traitement)

Dose journalière : _____ mg

Pendant _____ mois (durée de traitement)

2. Corticoïde : Traitement actuel : oui / non

Depuis le : / / (début de traitement)

Dose journalière : _____ mg

Pendant _____ mois (durée de traitement)

3. Autre immunosuppresseur : _____ Traitement actuel : oui / non

Depuis le : ____ / ____ / ____ (début de traitement)

Dose journalière : _____ mg

Pendant 9 mois (durée de traitement)

4. BENLYSTA :

Dose administrée : mg

Poids du patient au moment de la dernière administration : kg

Score SELNA-SLEDAI au moment de la première demande :

(date : / /)

Score SELNA-SLEDAI au moment de la dernière administration de BENLYSTA : :

(date : / /)

Les 3 scores maximaux BILAG pendant les derniers 6 mois sont :

Score : / système d'organe : / date : / /

Score : / système d'organe : / date : / /

Score : ___ / système d'organe : _____ / date : __/__/____

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 -

 -

 -

 (n° INAMI)

/ / (date)

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)