

Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité ROFERON A (§ 640200 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 comprend tous les éléments suivants:

et

et

et

☐ une biopsie hépatique. Cette ponction hépatique n'est pas requise en cas d'hémophilie ☐ ou traitement par anticoagulants ☐.

Je demande le remboursement du ROFERON A avec une posologie demillions IE (entre 5 à 10 millions IE) trois fois par semaine pendant mois (8 mois au maximum).

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

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, un deuxième remboursement pour le ROFERON A. Le bilan diagnostique comprend tous les éléments suivants :

et

☐ deux taux récents d'ALAT élevés deU/l et deU/l

Je demande de nouveau le remboursement du ROFERON A avec une posologie demillions IE (entre 5 à 10 millions IE) trois fois par semaine pendant mois (8 mois au maximum).

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (nom)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (prénom)

_____ (n° INAMI)

| | | | | | | | | | (date)

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)