

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

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en rhumatologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus, âgé d'au moins 18 ans, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité CIMZIA, pendant au moins 6 mois et que ce traitement, débuté en date du / / , s'est montré efficace, car une réponse « moyenne » (une diminution du score DAS28 entre 0,6 et 1,2) ou « bonne » (une diminution du score DAS28 > 1,2) selon le critère EULAR au niveau du score DAS28 actuel a été obtenue.

Amélioration du DAS28 par rapport à la valeur basale avant le traitement	> 1.2	0.6 - 1.2
Score DAS28 actuel		
< 3.2	Bonne réponse	Réponse moyenne
3.2 – 5.1	Réponse moyenne	Réponse moyenne
> 5.1	Réponse moyenne	Pas de Réponse

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 12 mois, le remboursement de la prolongation de ce traitement avec la spécialité CIMZIA administrée :

☐ en association avec le méthotrexate,
ou,

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

Je sollicite le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant 12 mois, tenant compte d'une dose d'entretien de 200 mg toutes les 2 semaines, est mentionné ci-dessous:

□□ conditionnements (maximum 13 conditionnements)

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.

00000000000000000000 (nom)
 000000000000 (prénom)
 1-000000-00-0000 (Numéro INAMI)
 00 / 00 / 0000 (date)

(cachet)

..... (signature du médecin)