

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité SIMPONI pour une arthrite rhumatoïde (§ 5650100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

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 SIMPONI, 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 DAS-28 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 la prolongation du remboursement de la spécialité SIMPONI administrée en association avec le méthotrexate pendant une période de 12 mois. Je sollicite pour mon patient le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant 12 mois est de :

- maximum 12 conditionnements de SIMPONI 1 x 50 mg

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/la Ministre, comme décrites au point f) du § 5650100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

UUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)
 UUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)
 1-UUUUUU-UU-UUUU (Numéro INAMI)
 UU/UU/UUUU (date)

(cachet)

..... (signature du médecin)