ANNEXE B : Modèle du formulaire de demande de prolongation Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité REMICADE pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère chez l'adulte (§ 3810000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)
I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.):
II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en dermatologie:
Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en dermatologie, expérimenté dans le domaine des traitements systémiques du psoriasis, certifie que le patient mentionné ci-dessus âgé d'au moins 17 ans, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité REMICADE par au moins 4 perfusions pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère
J'atteste que ce traitement s'est montré efficace, après 4 perfusions, par une diminution du score PASI d'au moins 50 %, par rapport à la valeur avant l'initiation du traitement.
De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité REMICADE pour une nouvelle période de 6 mois maximum (à concurrence d'un maximum de 4 perfusions). Je sollicite donc pour mon patient le remboursement des conditionnements nécessaires pour assurer le traitement pendant 6 mois.
Je sais que le nombre de conditionnements remboursables tient compte d'une dose de 5 mg/kg par perfusion toutes les 8 semaines, à concurrence d'un maximum de 4 perfusions sur une période de 6 mois.
La date présumée de début de la prolongation du traitement est le : பப / பப / பபபப
Le poids de mon patient est :
- de ⊔⊔⊔ kg
- le பப / பப / பபபப (Date à laquelle le patient a été pesé)
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 deveni du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point f) du § 3810000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.
III – Identification du médecin spécialiste en dermatologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI):
1 - - - (n° INAMI)
/(date)

(signature du médecin)