

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité REMICADE pour le traitement de la rectocolite hémorragique sévère (§ 3960000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Je soussigné, médecin spécialiste en médecine interne, en gastro-entérologie ou en pédiatrie, certifie que le patient mentionné ci-dessus a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité REMICADE par au moins 4 perfusions pour le traitement d'une rectocolite hémorragique sévère.

Valeurs actuelles du score Mayo de 11 et du sub-score rectorragie de 1 à la semaine 8.

Valeurs actuelles du score Mayo partiel de \square et du sub-score rectorragie de \square à la semaine 8.

Valeur actuelle du score du PUCAI de à la semaine 8.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité REMICADE pour une nouvelle période de 12 mois maximum. Je sollicite donc pour mon patient le remboursement des conditionnements nécessaires pour assurer le traitement pendant 12 mois.

Je sais que le nombre de conditionnements remboursables tient compte d'une dose de 5 mg/kg par perfusion toutes les 8 semaines pour le traitement d'entretien.

Je sais que si, en conformité avec les dispositions du point b) du § 3960000 du chapitre IV de l'A.R. du 21-12-2001, je constate que la posologie d'administration doit être augmentée au-delà des conditionnements remboursables demandés ci-dessus, le titulaire de l'enregistrement (MSD) doit fournir gratuitement les conditionnements supplémentaires, sur base de la demande que j'adresserai à ce titulaire de l'enregistrement. Je m'engage à effectuer les démarches nécessaires pour l'exécution de cette disposition.

La date présumée de début de la prolongation du traitement est le :

Le poids de mon patient est :

- de 0000 kg
- le 00/00 /0000 (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.

III – Identification du médecin spécialiste responsable du traitement (nom, prénom, N°INAMI):

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

_____ (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)

(cachet)

.....

(signature du médecin)