

Formulaire de demande de prolongation unique de remboursement de la spécialité SIMPONI pour le traitement de la rectocolite ulcéro-hémorragique chez l'adulte, visant les situations de traitement antérieur non remboursé de plus de 14 semaines.

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne et responsable du traitement, certifie que le patient mentionné ci-dessus a déjà reçu un traitement avec des conditionnements non-remboursés de la spécialité SIMPONI pendant plus de 14 semaines pour une rectocolite hémorragique sévère, et que ce patient, avant l'initiation du traitement avec des conditionnements non-remboursés de la spécialité SIMPONI, remplissait les conditions figurant au point f') du § 7000000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001. J'atteste que ce traitement s'est montré efficace par une diminution d'au moins 3 points du Mayo score et une diminution du sous-score 'rectorragie' d'au moins 1 point - à moins d'un sous-score de 0 ou 1 - par rapport à la valeur de départ du Mayo score à la semaine 0.

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

- 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.

Comme l'imposent les dispositions du point f') du § 7000000 du chapitre IV de l'A.R. du 21-12-2001, je joins au présent formulaire un rapport circonstancié décrivant les différents éléments relatifs au traitement antérieur non-remboursé avec la spécialité SIMPONI. Le cas échéant, ce rapport traite également des mesures de précautions prises en cas de tuberculose.

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

_____ (prénom)

1 - - - - - (n° INAMI)

____/____/____ (date)

--

(cachet)

(signature du médecin)