

Annexe 2

Modèle du formulaire de demande de remboursement pour la combithérapie

PEGINTRON (§ 2350200 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001)

plus

REBETOL (§ 1910000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001) ou RIBAVIRINE SANDOZ (§ 5950000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001)

Prénom et nom du bénéficiaire:

Adresse du bénéficiaire:

N° d'affiliation à l'organisme assureur:
(ou vignette de l'organisme assureur)

Je soussigné(e), médecin traitant, spécialiste reconnu(e) en gastro-entérologie ou en médecine interne, sollicite le remboursement des spécialités PEGINTRON plus REBETOL ou RIBAVIRINE SANDOZ pour mon patient atteint d'hépatite C chronique, prouvée par une élévation d'ALAT à deux reprises à au moins 1 mois d'intervalle, un ARN-VHC sérique positif et un examen histologique après biopsie hépatique.

☐ Cet examen histologique n'est pas requis en cas de génotype viral 2, génotype viral 3, hémophilie ou traitement concomitant par anticoagulants.

☐ En outre, le bénéficiaire a à l'examen histologique, lorsque la biopsie est requise comme mentionné au premier alinéa ci-dessus, une inflammation ou une fibrose. En cas de cirrhose, l'atteinte hépatique chronique ne peut pas dépasser le score A à l'index Child-Pugh.

ET

☐ Je m'engage à envoyer, sur demande, les pièces justificatives au médecin conseil de l'organisme assureur.

☐ - Demande de remboursement pour une première période de 24 semaines

☐ Je m'engage à ne pas continuer, lorsque l'efficacité n'a pas pu être démontrée conformément à ce que le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) indique pour le génotype concerné et la ligne du traitement antiviral.

☐ Situation autre: patient naïf génotype 2/3. Une seule période de maximum 24 semaines est possible.

☐ – Demande de renouvellement du remboursement pour une période de 24 semaines

L'efficacité a été démontrée conformément à ce que le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) indique pour le génotype concerné et la ligne du traitement antiviral

Poids du patient : kg

Le dosage prescrit pour le patient est de

- PEGINTRON 1,5 µg/kg/semaine

et

- REBETOL ou RIBAVIRINE SANDOZ 4 à 7 caps/jour

Pour 24 semaines :

<input type="checkbox"/> < 40 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON stylo/vial 50 µg (boîtes de 4 unités)	6 boîtes
	<input type="checkbox"/> REBETOL ou RIBAVIRINE SANDOZ 4 caps/jour (boîtes de 168 caps)	4 boîtes
<input type="checkbox"/> 40 – 64 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON stylo /vial 80 µg (boîtes de 4 unités)	6 boîtes
	<input type="checkbox"/> REBETOL ou RIBAVIRINE SANDOZ 4 caps/jour (boîtes de 168 caps)	4 boîtes
<input type="checkbox"/> 65 - 75 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON stylo /vial 100 µg (boîtes de 4 unités)	6 boîtes
	<input type="checkbox"/> REBETOL ou RIBAVIRINE SANDOZ 5 caps/jour (boîtes de 168 caps)	5 boîtes
<input type="checkbox"/> 76 - 79 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON stylo /vial 120 µg (boîtes de 4 unités)	6 boîtes
	<input type="checkbox"/> REBETOL ou RIBAVIRINE SANDOZ 5 caps/jour (boîtes de 168 caps)	5 boîtes
<input type="checkbox"/> 80 - 85 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON stylo /vial 120 µg (boîtes de 4 unités)	6 boîtes
	<input type="checkbox"/> REBETOL ou RIBAVIRINE SANDOZ 6 caps/jour (boîtes de 168 caps)	6 boîtes
<input type="checkbox"/> 86 - 105 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON stylo /vial 150 µg (boîtes de 4 unités)	6 boîtes
	<input type="checkbox"/> REBETOL ou RIBAVIRINE SANDOZ 6 caps/jour (boîtes de 168 caps)	6 boîtes
<input type="checkbox"/> > 105 kg	<input type="checkbox"/> PEGINTRON stylo /vial 150 µg (boîtes de 4 unités)	6 boîtes
	<input type="checkbox"/> REBETOL ou RIBAVIRINE SANDOZ 7 caps/jour (boîtes de 168 caps)	7 boîtes

Identification du médecin spécialiste en gastro-entérologie ou médecine interne (nom, prénom, adresse, N° INAMI):

(nom)

(prénom)

(N° INAMI)

(date)

(CACHET) (SIGNATURE DU MEDECIN)