

Formulaire de demande de remboursement après un traitement non remboursé d'au moins 16 semaines avec la spécialité HUMIRA pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère chez l'adulte (§ 4870000 du chapitre IV de l'Annexe I de l'A.R. du 21 décembre 2001) (Cette procédure n'est applicable que pendant une période transitoire de 6 mois à partir de la date de l'entrée en vigueur du présent paragraphe, relatif au paragraphe 4870000 du chapitre IV de l'Annexe I de l'A.R. du 21 décembre 2001).

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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 est âgé d'au moins 17 ans, a déjà bénéficié d'un traitement d'au moins 16 semaines avec des conditionnements non remboursés de la spécialité HUMIRA pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère, et que ce patient, avant l'initiation du traitement non-remboursé, remplissait simultanément toutes les conditions figurant au point a) du § 4870000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, en l'occurrence les conditions relatives à une surface corporelle cutanée définie par un BSA > 10% ou un PASI >10 malgré un traitement systémique adéquat ayant comporté, à moins d'une intolérance constatée et documentée ou d'une contre-indication existante et documentée pour ceux-ci, une PUVA-thérapie, du méthotrexate à une dose d'au moins 15 mg/semaine pendant au moins 3 mois, et de la ciclosporine à une dose d'au moins 2,5 mg/kg pendant au moins 2 mois.

Sur base de ce qui précède, j'atteste que ce patient entre en ligne de compte quant au remboursement d'une prolongation du traitement avec la spécialité HUMIRA, pendant une période de 6 mois maximum.

Je sollicite donc pour mon patient le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant 6 mois est mentionné ci-dessous, compte tenu :

de la posologie de 40 mg toutes les 2 semaines, porte le nombre total de conditionnements nécessaires à :

□□ conditionnements de 2 seringues ou stylo's préremplis (maximum 7)

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 devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point f) du § 4870000 du chapitre IV de l'Annexe I de l'A.R. du 21 décembre 2001.

Comme l'imposent les dispositions du point e') du § 4870000 du chapitre IV de l'Annexe I de l'A.R. du 21 décembre 2001, je joins au présent formulaire un rapport circonstancié décrivant les différents éléments relatifs au traitement antérieur non remboursé avec la spécialité HUMIRA.

\_\_\_\_\_ (nom)  
 \_\_\_\_\_ (prénom)  
 1-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ (N° INAMI)  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Date)

(Date)

(CACHET)

(SIGNATURE DU MEDECIN)