Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 3530000 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 le médecin-spécialiste traitant:
Je soussigné, médecin-spécialiste responsable du traitement, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions nécessaires pour obtenir le remboursement de la spécialité MYFORTIC 180mg / MYFORTIC 360mg, telles que ces conditions figurent au point a) du § 3530000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.
 □ Pour le traitement des patients sous traitement par mycophénolate mophétil qui souffrent de diarrhée sévère avec au moins 3 selles diarrhéiques/jour pendant au moins 7 jours consécutifs, et chez qui les examens et/ou les options thérapeutiques suivantes n'avaient pas ou pas assez d'effet thérapeutique:
⊔ 1.1 Arrêt des médicaments non-nécessaires, non-immunosuppresseurs avec diarrhée comme effet indésirable connu;
⊔ 1.2 Diagnostique et traitement (si nécessaire) des infections intestinales, y compris une infection intestinale à CMV;
2. — Pour le traitement des patients pour qui l'autorisation de remboursement de la spécialité MYFORTIC a été délivrée avant l'entrée en vigueur de la présente réglementation du § 3530000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, et pour qui le médecin-spécialiste peut justifier la nécessité clinique.
Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouve dans la situation attestée. Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 12 mois, le remboursement de la spécialité
3. Il s'agit d'une:
⊔ 3.1 Première période d'autorisation;
Je demande pour mon patient le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir un traitement de 12 mois à une dose maximale de 1.440 mg/jour.
Ce nombre de conditionnements doit consister en une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.
□ 3.2 Période de prolongation d'autorisation.
Je demande pour mon patient le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir un traitement de 12 mois à une dose maximale de 1.440 mg/jour.
Ce nombre de conditionnements doit consister en une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.
III – Identification du médecin-spécialiste traitant (nom, prénom, adresse, N° INAMI):
1 - [
(cachet) (signature du médecin-spécialiste)