Formulaire de demande: Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité ROFERON A (§ 640200 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)
I. Identification bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription):
II. ⊔ Première demande:
Je, soussigné médecin-spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne, déclare que l(e)(a) patient(e) adulte ci-dessus, présente une hépatite B chronique et active et que son bilan diagnostique comprend tous les éléments suivants:
□ antigène HBs présent depuis plus de 6 mois   et
⊔ le taux de VHB-ADN est deIU/ml et
□ deux taux récents d'ALAT élevés deU/l et deU/l   et
⊔ une biopsie hépatique. Cette ponction hépatique n'est pas requise en cas d'hémophilie ⊔ ou traitement par anticoagulants ⊔.
Je demande le remboursement du ROFERON A avec une posologie demillions IE (entre 5 à 10 millions IE) trois fois par semaine pendantmois (8 mois au maximum).
Sur demande, j'envoie les pièces justificatives qui soutiennent la situation attestée de mon patient, au médecin conseil de l'organisme assureur.
III. ⊔ Deuxième demande:
Je, soussigné médecin-spécialiste en gastro-entérologie ou médecine interne, demande pour le patient adulte mentionné ci-dessus, qu présente une hépatite B chronique et active, un deuxième remboursement pour le ROFERON A. Le bilan diagnostique comprend tous les éléments suivants :
⊔ le taux de VHB-ADN était récemment deIU/ml et
⊔ deux taux récents d'ALAT élevés deU/l et deU/l
Je demande de nouveau le remboursement du ROFERON A avec une posologie demillions IE (entre 5 à 10 millions IE) trois fois par semaine pendantmois (8 mois au maximum).
Sur demande, j'envoie les pièces justificatives qui soutiennent la situation attestée de mon patient, au médecin conseil de l'organisme assureur.
IV. Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):
(nom)
(prénom)
(n° INAMI)
(date)

(signature du médecin)

(cachet)