

Annexe 1

Modèle du formulaire de demande de remboursement pour le PEGASYS en monothérapie (§ 2710100 du chapitre IV de l'A.R. 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 de la spécialité PEGASYS 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.

- ☐ Je confirme qu'il existe pour ce patient une contre-indication documentée à la ribavirine (anémie, hémoglobinopathie, insuffisance rénale sévère, hémodialyse).

ET

- ☐ 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 après 12 semaines, lorsque, après ce délai, l'efficacité (*) n'a pas pu être démontrée

☐ – Demande de renouvellement du remboursement pour un patient ayant eu une réponse virologique à 12 semaines (*) dont j'envoie également aujourd'hui les résultats des examens effectués:

(*) L'efficacité est démontrée si, après 12 semaines de traitement, la virémie est:

- ☐ soit devenue inférieure à 1% (diminution de > 2 log) de la valeur avant traitement pour un patient naïf
☐ soit devenue indétectable (ARN-VHC négatif) pour un patient en retraitement.

Pour une période de 24 semaines

☐

ou

Pour une période de 48 semaines : uniquement pour un patient avec génotype 1 retraité avec monothérapie

☐

Le dosage prescrit de PEGASYS est de 1 seringue pré-remplie de 180 µg ou 135 µg/semaine

Génotypes

1,2,3,4,5,6

- ☐ PEGASYS 1 seringue pré-remplie/semaine (boîtes de 4 unités)

- ☐ PEGASYS 1 stylo pré-rempli/semaine (boîtes de 4 unités)

Pour 24 semaines : 6 boîtes

Génotype 1

- ☐ PEGASYS 1 seringue pré-remplie/semaine (boîtes de 4 unités)

- ☐ PEGASYS 1 stylo pré-rempli/semaine (boîtes de 4 unités)

Pour 48 semaines : 12 boîtes

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

.....

(nom)

.....

(prénom)

1-.....

(N° INAMI)

.....

(date)

(CACHET)

..... (SIGNATURE DU MEDECIN)

