

ANNEXE C : Proposition de modèle du formulaire de demande de prolongation

Formulaire de demande de prolongation de remboursement d'une spécialité inscrite au § 4070000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018 pour une spondylarthrite ankylosante

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II – Éléments à attester par un médecin spécialiste en rhumatologie :

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en rhumatologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus, âgé d'au moins 17 ans, est atteint d'une spondylarthrite ankylosante selon les Modified New York Criteria répondant insuffisamment à la thérapie conventionnelle et a déjà bénéficié du remboursement d'un traitement avec la spécialité (nom de la spécialité inscrite au § 4070000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018) pendant au moins 14 semaines.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace par une diminution d'au moins 50 % du score du BASDAI ou par une amélioration absolue de 2 points, par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement.

Sur base de ce qui précède, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité susvisée pendant une période de 12 mois. Je sollicite pour mon patient le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer ce traitement est mentionné ci-dessous, ce qui pour un traitement de 12 mois porte le nombre total de conditionnements nécessaires à :

maximum 13 conditionnements de 2 seringues ou stylos préremplis de (nom de la spécialité à base d'adalimumab 40 mg inscrite au § 4070000 - 2 x 40 mg) d'adalimumab 40 mg

Ou

maximum 4 conditionnements de 6 seringues ou stylos préremplis de (nom de la spécialité à base d'adalimumab 40 mg inscrite au § 4070000 - 6 x 40 mg) et maximum 1 conditionnement de 2 seringues ou stylos préremplis de (nom de la spécialité à base d'adalimumab 40 mg inscrite au § 4070000 - 2 x 40 mg)

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 g) du § 4070000 du chapitre IV de l'Annexe I de l'A.R. du 1 février 2018.

III- Identification du médecin spécialiste en rhumatologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

_____ (nom)

_____ (prénom)

[1] - [] - [] - [] (n° INAMI)

[] / [] / [] (date)

_____ (cachet)

..... (signature du médecin)