

ANNEXE A: Modèle du formulaire de première demande

Formulaire de première demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 8870000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018 pour le traitement de l'uvéïte non infectieuse, intermédiaire, postérieure et de la panuvéïte.

i. Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation à l'O.A.):

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

ii. Eléments à attester par le médecin spécialiste en ophtalmologie et expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'uvéïte:

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en ophtalmologie et expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'uvéïte, certifie que le patient adulte mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans, est atteint d'uvéïte non infectieuse, intermédiaire, postérieure ou de panuvéïte, et qu'il remplit simultanément toutes les conditions figurant dans les critères de remboursement du § 8870000 du chapitre IV de l'AR du 1 février 2018, à savoir :

- o Conditions relatives à une réponse insuffisante aux corticostéroïdes ou à une nécessité d'une épargne cortisonique, sauf une intolérance constatée et documentée ou une contre-indication existante documentée ou un diagnostic avéré de la maladie de Behçet :

- J'atteste que les corticostéroïdes administrés antérieurement chez ce patient sont les suivants:
 - (nom de la spécialité):
 - Depuis le ____/____/____ (date de début)
 - A la dose de ____ mg par jour
 - Pendant ____ semaines (durée du traitement)

En cas de contre-indication médicale ou intolérance quant à l'usage des corticostéroïdes, description des éléments qui la démontre :

.....
.....

OU

- o J'atteste que ce patient a un diagnostic avéré de la maladie de Behçet

- o Conditions relatives à une réponse insuffisante au traitement par un immunosuppresseur classique, sauf une intolérance constatée et documentée ou une contre-indication existante documentée ou un diagnostic avéré de la maladie de Behçet :

- J'atteste que les immunosuppresseurs classiques administrés antérieurement chez ce patient sont les suivants:

Ciclosporine
..... (nom de la spécialité)

OU
 Méthotrexate
..... (nom de la spécialité)

OU
 Azathioprine
..... (nom de la spécialité)

OU
 Mycophénolate mofétil
..... (nom de la spécialité)

- Depuis le ____/____/____ (date de début)
- A la dose de ____ mg par jour
- Pendant ____ semaines (durée du traitement) (au moins 4 semaines pour la ciclosporine, au moins 6 semaines pour le méthotrexate, l'azathioprine et le mycophénolate mofétil)

En cas de contre-indication médicale ou intolérance quant à l'usage des immunosuppresseurs, description des éléments qui la démontre :

.....
.....

OU

- Durant semaines (durée du traitement)

Je confirme donc l'absence actuelle de tuberculose évolutive chez ce patient.

Je confirme qu'étant donné la suspicion d'une TBC latente, un traitement adéquat prophylactique d'une réactivation d'une tuberculose latente est administré depuis au moins 4 semaines.

v. Identification du médecin spécialiste en pneumologie (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

(nom)

(prénom)

- - - (n° INAMI)

/ / (date)

(cachet)

.....

(signature du médecin)