

ANNEXE A: Modèle du formulaire de première demande

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité à base d'adalimumab pour le traitement de l'uvéïte antérieure chronique non infectieuse chez les patients à partir de 2 ans (§ 9480000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018).

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II. Éléments 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 mentionné ci-dessous âgé d'au moins 2 ans, est atteint d'uvéïte antérieure chronique non infectieuse et qu'il remplit simultanément toutes les conditions figurant dans les critères de remboursement du § 9480000 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

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:

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

OU
Inhibiteur de la calcineurine
..... (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 6 semaines)

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

.....
.....

OU

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

o Conditions relatives à l'absence actuelle de tuberculose évolutive, ainsi qu'aux mesures nécessaires quant à la prophylaxie d'une réactivation d'une tuberculose latente :

J'atteste que l'absence actuelle de tuberculose évolutive correspond chez ce patient à la situation dont la case est cochée ci-dessous :

III. Identification du médecin spécialiste en ophtalmologie (expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'uvéite) et responsable du traitement (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

_____ (nom)

_____ (prénom)

[1] - _____ - [] - [] (n° INAMI)

[] / [] / [] (date)

(cachet)

.....

(signature du médecin)

IV. (Le cas échéant) Eléments à attester par un médecin spécialiste en pneumologie :

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en pneumologie, certifie que le patient mentionné ci-dessus se trouve dans la situation suivante :

Radiographie pulmonaire positive ou Test de Mantoux positif

J'atteste qu'il a reçu un traitement adéquat de l'affection tuberculeuse, en l'occurrence :

- (traitement anti-tuberculeux administré)

- Depuis le []/[]/[] (date de début)

- 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)

[1] - _____ - [] - [] (n° INAMI)

[] / [] / [] (date)

(cachet)

.....

(signature du médecin)