ANNEXE B : Formulaire de demande de prolongation :

Formulaire de demande de prolongation de remboursement d'une spécialité inscrite au § 8820000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018 pour une maladie de Crohn sévère chez l'enfant ou l'adolescent à partir de 6 ans

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, n° d'affiliation chez l'O.A.)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

II – Eléments à attester par le médecin spécialiste responsable du traitement:

Je soussigné, médecin spécialiste reconnu en gastro-entérologie ou en médecine interne ou en pédiatrie, certifie que le patient mentionné ci-dessus a déjà reçu le remboursement d'un traitement d'induction de la rémission avec une spécialité inscrite au § 8820000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018 pour une maladie de Crohn sévère.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace en réalisant une rémission ou une amélioration clinique définie par rapport à la situation clinique du patient avant l'initiation du traitement par la spécialité.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement d'une spécialité inscrite au § 8820000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018 pour un traitement d'entretien par

- ❑ pour un patient de moins de 40 kg

  - ❑ 13 conditionnements d'adalimumab (2 x 20 mg) = 26 stylos préremplis ou seringues préremplies d'adalimumab 20 mg,
  - ❑ 14 conditionnements d'adalimumab (2 x 20 mg) = 28 stylos préremplis ou seringues préremplies d'adalimumab 20 mg,
  - ❑ 15 conditionnements d'adalimumab (2 x 20 mg) = 30 stylos préremplis ou seringues préremplies d'adalimumab 20 mg,
  - ❑ 16 conditionnements d'adalimumab (2 x 20 mg) = 32 stylos préremplis ou seringues préremplies d'adalimumab 20 mg,

- ❑ pour un patient de 40 kg ou plus

  - ❑ 13 conditionnements d'adalimumab (2 x 40 mg) = 26 stylos préremplis ou seringues préremplies ou flacons pédiatriques d'adalimumab 40 mg, ou
    ❑ 4 conditionnements d'adalimumab (6 x 40 mg) et 1 conditionnement d'adalimumab (2 x 40 mg) = 26 stylos préremplis ou seringues préremplies d'adalimumab 40 mg

  - ❑ 14 conditionnements d'adalimumab (2 x 40 mg) = 28 stylos préremplis ou seringues préremplies ou flacons pédiatriques d'adalimumab 40 mg, ou
    ❑ 4 conditionnements d'adalimumab (6 x 40 mg) et 2 conditionnements d'adalimumab (2 x 40 mg) = 28 stylos préremplis ou seringues préremplies d'adalimumab 40 mg

  - ❑ 15 conditionnements d'adalimumab (2 x 40 mg) = 30 stylos préremplis ou seringues préremplies ou flacons pédiatriques d'adalimumab 40 mg, ou
    ❑ 5 conditionnements d'adalimumab (6 x 40 mg) = 30 stylos préremplis ou seringues préremplies d'adalimumab 40 mg

  - ❑ 16 conditionnements d'adalimumab (2 x 40 mg) = 32 stylos préremplis ou seringues préremplies ou flacons pédiatriques d'adalimumab 40 mg, ou
    ❑ 5 conditionnements d'adalimumab (6 x 40 mg) et 1 conditionnement d'adalimumab (2 x 40 mg) = 32 stylos préremplis ou seringues préremplies d'adalimumab 40 mg

couvrant une nouvelle période de 12 mois maximum.

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.

III – Identification du médecin spécialiste responsable du traitement (nom, prénom, adresse, n° INAMI)

(nom)

(prénom)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)

(cachet) ..... (signature du médecin)