ANNEXE A: Modèle du formulaire de demande
Formulaire de demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de budesonide pour pour le traitement de néphropathie à immunoglobulines A primitive (IgAN) chez des bénéficiaires adultes de 18 ans et plus. (§13150000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018).

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

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

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

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

II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel en néphrologie :

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel en néphrologie et expérimenté dans le traitement de IgAN, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans, est atteint d'une néphropathie à immunoglobulines A primitive (IgAN) et remplit simultanément toutes les conditions figurant au point a) du §13150000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 :

- IgAN confirmée par biopsie, en l'absence de pathologie systémique pouvant être associée à un dépôt mésangial de IgA.

ET

- Traitement par blocage du système rénine-angiotensine (RAS) maximalisé par une thérapie optimalisée avec des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (I-ECA) ou des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA), et avec une pression artérielle systolique de <140 mmHg et diastolique de <90 mmHg.

ET

- Un risque accru de progression rapide de la maladie avec une protéinurie de > ou = 1,0 g/jour ou un rapport protéines/créatinine urinaire (UPCR) > ou = 0,8 gramme/gramme, malgré un blocage du système rénine-angiotensine (RAS) pendant une période minimale de 90 jours.

ET

- Absence de glomérulopathie associée à une protéinurie > 3,5 grammes/jour et un taux d'albumine sérique de < 3,0 grammes/dL.

Sur base de ces éléments, je confirme que le remboursement de cette spécialité est nécessaire pour ce bénéficiaire pendant une période maximale de 10 mois, non renouvelable, avec un maximum de 4 800 mg.

En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

III – Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II :

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

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

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (date)

| | (cachet) ..... (signature du médecin)