

Formulaire de demande de remboursement des spécialités pharmaceutiques à base d'adalimumab ou d'etanercept ou d'infliximab, inscrites dans le § 13350000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

[illegible]

Je, soussigné, médecin-spécialiste, déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, est en traitement d'une affection grave engageant son pronostic vital, à savoir :

- Une maladie hémato-oncologique.

OU

- Une maladie immunitaire grave.

Je déclare me baser sur des données scientifiquement valides et largement reconnues démontrant l'efficacité et la sécurité de l'inhibiteur du TNF-alpha, adalimumab, etanercept ou infliximab dans l'affection en question. Les données scientifiques précitées se trouvent, en outre, dans des recommandations internationales d'associations scientifiques acceptant explicitement l'utilisation de l'inhibiteur du TNF-alpha.

Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve qui démontrent que ce bénéficiaire se trouve dans la situation déclarée.

Je déclare savoir que le remboursement simultané d'un inhibiteur du TNF (groupes B-248, B-255, B-281 et B-339) avec rituximab (groupes B-255 et Fa-8) ou un inhibiteur d'interleukine (groupes A-102, B-305, B-314, B-342, B-356 et B-371) n'est jamais autorisé. Ce paragraphe ne permet pas non plus de rembourser un inhibiteur du TNF (groupe B-255) dans le cadre de la polyarthrite rhumatoïde dont le codage est effectué par Tardis.

Je demande pour ce bénéficiaire le remboursement d'une spécialité pharmaceutique, inscrite dans le §13350000 du chapitre IV de la liste joint à l'A.R. du 1er février 2018 pour une première période de 12 mois maximum.

Je confirme que la poursuite du traitement est utile chez ce bénéficiaire et est bien fondée dans la littérature scientifique. Par conséquent, je demande la prolongation du remboursement pour une nouvelle période de 12 mois maximum.

(nom)
 (prénom)
 - - (n° INAMI)
 / / (date)

--

(cachet)

(signature du médecin)