

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité à base de upadacitinib 15 mg pour une artérite à cellules géantes (§13970000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018).

(nom)

(prénom)

(numéro d'affiliation)

- ☐ Rhumatologie.
- ☐ Neurologie.
- ☐ Médecine interne.

iii

- Version valable à partir du 01.07.2026

- d) Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité à base de upadacitinib, en tenant compte d'une dose maximale de 15 mg, administrée une fois par jour par voie orale.

En cas d'initiation de traitement à base d'upadacitinib, celui-ci doit être combiné avec une corticothérapie dégressive (démarrant par une dose d'au moins 20 mg/jour (prednisone-équivalent)).

☐ **Première demande :**

Je demande pour ce bénéficiaire le remboursement d'upadacitinib, inscrit dans le §13970000 du chapitre IV de la liste joint à l'A.R. du 1er février 2018 pour une première période de 56 semaines.

☐ **Demande de prolongation ou de reprise du traitement :**

Je confirme que ce bénéficiaire a eu une réponse suffisante au traitement tel que défini dans le §13970000 et que la poursuite ou la reprise du traitement est utile. Par conséquent, je demande la prolongation ou reprise du remboursement pour une nouvelle période de 56 semaines maximum.

- e) De ce fait, j'atteste également les points suivants :

J'atteste tenir à la disposition du médecin-conseil un rapport médical qui décrit l'état de l'affection dans le passé et l'état des lieux actuel.

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.

IV – Identification du médecin spécialiste en rhumatologie, neurologie ou médecine interne responsable du traitement :

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)

V – (le cas échéant) :

Éléments à confirmer par un médecin spécialiste en pneumologie :

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

- ☐ Radiographie pulmonaire positive ou test Mantoux positif.
☐ J'atteste par la présente que le bénéficiaire a reçu un traitement adéquat contre la tuberculose :

- Par (traitement antituberculeux administré).
- Depuis le ____/ ____/ ____ (date de début).
- Pendant ____ semaines (durée du traitement).

- ☐ Je confirme donc l'absence actuelle de tuberculose évolutive chez ce bénéficiaire.
☐ Je confirme qu'étant donné la suspicion d'une TBC latente, un traitement adéquat prophylactique d'une réactivation d'une tuberculose latente est administré.

Identification du médecin spécialiste en pneumologie :

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)