Formulaire de demande: la spécialité pharmaceutique à base de ténofovir disoproxil (§ 5290000 du chapitre IV de l'A.R. du 01.02.2018)
I - Identification bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription):
(numéro d'affiliation)
II - ⊔ Première demande:
Je, soussigné médecin-spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne, déclare que le bénéficiaire adolescents à partir de 12 ans et > 35 kg ou adulte ci-dessus, présente une infection par le virus de l'hépatite B dans une des situations suivantes :
⊔ une hépatite B chronique active et une virémie > 2.000 UI/mL et un taux élevé de transaminases ; ⊔ femme enceinte avec virémie > 200.000 UI/mL à partir de la 24ème semaine gestationnelle ; ⊔ bénéficiaire ayant développé une cirrhose; ⊔ bénéficiaire ayant subi une transplantation d'organe ou une transplantation de cellules souches hématopoïétique. ⊔ le bénéficiaire se trouve sur la liste d'attente pour une transplantation d'organe ou une transplantation de cellules souches hématopoïétique.
Je demande le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de ténofovir disoproxil à la posologie maximale de 245 mg par jour.
Sur demande, j'envoie au médecin conseil de l'organisme assureur les pièces justificatives qui soutiennent la situation attestée du bénéficiaire.
III - ⊔ Demande de prolongation:
Je, soussigné médecin-spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne, demande pour le bénéficiaire adolescents à partir de 12 ans et > 35 kg ou adulte mentionné ci-dessus, la prolongation du remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de ténofovir disoproxil. Je certifie que le traitement par la spécialité pharmaceutique à base de ténofovir disoproxil n'a pas perdu de son efficacité et qu'une séroconversion HBs ne s'est pas produite.
Je demande la prolongation du remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de ténofovir disoproxil à la posologie maximale de 245 mg par jour.
Sur demande, j'envoie les pièces justificatives qui soutiennent la situation attestée du bénéficiaire, au médecin conseil de l'organisme assureur.
IV - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):
(nom)
1 - [] - [] - [] - [] (n° INAMI)
/(date)
(cahet) (signature du médecin)