

Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité à base de febuxostat (§ 5990000 du chapitre IV de l'A.R. du 1^{er} février 2018)

[illegible]

Je, soussigné médecin, déclare que l(e)a patient(e) ci-dessus, présente une hyperuricémie chronique et appartient à au moins une des catégories suivantes:

- intolérance à l'allopurinol tel que démontré par :
 - syndrome de Lyell ou syndrome de Stevens-Johnson documenté, attribué à l'allopurinol
 - rash maculopapulaire documenté qui
 - s'est amélioré après l'arrêt du traitement avec l'allopurinol ou
 - est réapparu lors de la reprise du traitement avec l'allopurinol
 - anémie aplasique ou leucopénie documentée, attribuée à l'allopurinol
 - hépatite ou néphrite interstitielle documentée, attribuée à l'allopurinol
 - des effets indésirables inacceptables documentés et attribués à l'allopurinol
- chez qui l'allopurinol est contre-indiqué à cause d'une insuffisance hépatique.
- qui souffre d'une insuffisance rénale modérée (clairance de créatinine 30 – 59 ml/min) et chez qui, malgré une titration lente de la dose d'allopurinol conformément aux directives de l'EULAR, l'effet obtenu est insuffisant en raison d'un dosage sous-optimal avec l'allopurinol du fait de facteurs limitant la dose.
- chez qui, malgré un traitement avec l'allopurinol, initié lentement conformément aux directives EULAR suivi par une titration selon l'effet, pendant au moins 10 semaines, le taux sérique d'acide urique ne descend pas en dessous de 6 mg/dl ou monte à nouveau à 6 mg/dl ou plus.

Sur demande, j'envoie les pièces justificatives qui soutiennent la situation attestée de mon patient, au médecin conseil de l'organisme assureur.

Je, soussigné, médecin, demande pour le patient mentionné ci-dessus, qui présente une hyperuricémie chronique, un nouveau remboursement pour la spécialité à base de fébuxostat, dont l'efficacité est démontré par un taux sérique d'acide urique . de moins que 6 mg/dl :

- ☐ Le taux sérique d'acide urique était récemment demg/dl
et
- ☐ le traitement avec la spécialité à base de fébuxostat est bien toléré.

Sur demande, j'envoie les pièces justificatives qui soutiennent la situation attestée de mon patient, au médecin conseil de l'organisme assureur.

IV - Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

| (nom)

| (prénom)

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

____ / ____ / _____ (date)

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)