

**ANNEXE B : Modèle du formulaire de demande de prolongation**

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité SIMPONI pour le traitement de rectocolite hémorragique chez l'adulte (§ 7000000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001).

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

\_\_\_\_\_

**II - Eléments à attester par le médecin spécialiste responsable du traitement :**

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne et responsable du traitement, certifie que le patient mentionné ci-dessus bénéficie actuellement d'un remboursement de la spécialité SIMPONI pour une rectocolite hémorragique sévère.

**Première prolongation**

J'atteste que le traitement d'attaque s'est montré efficace pendant les 14 premières semaines, démontré par une diminution d'au moins 3 points du Mayo score (échelle 0-12 points) et par une diminution du sous-score 'rectorragie' d'au moins 1 point - à moins d'un sous-score de 0 ou 1 - (échelle 0-3 points) par rapport à la valeur de départ du Mayo score à la semaine 0.

Valeurs initiales du Mayo score  et du sous-score rectorragie  à la semaine 0.

Valeurs actuelles du Mayo score  et du sous-score rectorragie  à la semaine 12 à 14.

**Ou**

**Prolongation ultérieure**

J'atteste que le traitement d'entretien est resté cliniquement efficace et que la valeur du sous-score rectorragie n'a pas augmenté.

Valeur du sous-score rectorragie à la semaine 12 à 14 : .

Valeur du sous-score rectorragie actuellement : .

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité SIMPONI pendant une période de 12 mois.

Je sollicite le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire tient compte d'une dose de 50 mg (patients < 80 kg) ou de 100 mg (patients ≥ 80 kg) une fois toutes les 4 semaines.

- 13 conditionnements de SIMPONI 50 mg stylos préremplis ou seringues préremplies
- 13 conditionnements de SIMPONI 100 mg stylos préremplis ou seringues préremplies

Je m'engage à arrêter tout traitement ultérieur de SIMPONI lorsqu'une perte de l'amélioration clinique se produit, mesurée par une augmentation de la valeur du sous-score rectorragie.

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

**III - Identification du médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne :**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 -  -  -  (n° INAMI)

/  /  (date)

(cachet)

.....

(signature du médecin )