ANNEXE C : Modèle du formulaire de demande de prolongation / mesure transitoire

Formulaire de demande de prolongation unique de remboursement de la spécialité SIMPONI pour le traitement de la rectocolite ulcéro-hémorragique chez l'adulte, visant les situations de traitement antérieur non remboursé de plus de 14 semaines.

Cette procédure n 'est applicable qu'une fois pendant une période transitoire de 6 mois à partir de la date de l'entrée en vigueur du présent § 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 a déjà reçu un traitement avec des conditionnements non-remboursés de la spécialité SIMPONI pendant plus de 14 semaines pour une rectocolite hémorragique sévère, et que ce patient, avant l'initiation du traitement avec des conditionnements non-remboursés de la spécialité SIMPONI, remplissait les conditions figurant au point f') du § 7000000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001. J'atteste que ce traitement s'est montré efficace par une diminution d'au moins 3 points du Mayo score et une diminution du sous-score 'rectorragie' d'au moins 1 point - à moins d'un sous-score de 0 ou 1 - par rapport à la valeur de départ du Mayo score à la semaine 0.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir une prolongation du traitement et ce avec des conditionnement remboursables pour une période de 12 mois. Le nombre de conditionnements remboursables pour lesquels je fais la demande tiendra compte d'une posologie d'administration de 50 mg (patients < 80 kg) ou de 100 mg (patients ≥ 80 kg) une fois toutes les 4 semaines.

La date présumée de début de la prolongation du traitement est le □□/□□/□□□□.

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

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.

□ **Rapport complémentaire indispensable:**

Comme l'imposent les dispositions du point f') du § 7000000 du chapitre IV de l'A.R. du 21-12-2001, je joins au présent formulaire un rapport circonstancié décrivant les différents éléments relatifs au traitement antérieur non-remboursé avec la spécialité SIMPONI. Le cas échéant, ce rapport traite également des mesures de précautions prises en cas de tuberculose.

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

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

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (date)

[ ] (cachet) .... (signature du médecin)