

## ANNEXE A: Modèle du formulaire de première demande

Formulaire de première demande de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base d'adalimumab inscrite au § 8870000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018 pour le traitement de l'uvéïte non infectieuse, intermédiaire, postérieure et de la panuvéïte.

### i. Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation à l'O.A.):

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

\_\_\_\_\_ (prénom)

\_\_\_\_\_ (numéro d'affiliation)

### ii. Éléments à attester par le médecin spécialiste en ophtalmologie et expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'uvéïte:

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en ophtalmologie et expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'uvéïte, certifie que le bénéficiaire adulte mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans, est atteint d'uvéïte non infectieuse, intermédiaire, postérieure ou de panuvéïte, et qu'il remplit simultanément toutes les conditions figurant dans les critères de remboursement du § 8870000 du chapitre IV de la liste jointe à l'AR du 1 février 2018, à savoir :

- Conditions relatives à une réponse insuffisante aux corticostéroïdes ou à une nécessité d'une épargne cortisonique, sauf une intolérance constatée et documentée ou une contre-indication existante documentée ou un diagnostic avéré de la maladie de Behçet :

- J'atteste que les corticostéroïdes administrés antérieurement chez ce bénéficiaire sont les suivants:
  - ..... (nom de la spécialité):
  - Depuis le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (date de début)
  - A la dose de \_\_\_\_ mg par jour
  - Pendant \_\_\_\_ semaines (durée du traitement)

En cas de contre-indication médicale ou intolérance quant à l'usage des corticostéroïdes, description des éléments qui la démontre :

.....

OU

- J'atteste que ce bénéficiaire a un diagnostic avéré de la maladie de Behçet

- Conditions relatives à une réponse insuffisante au traitement par un immunosuppresseur classique, sauf une intolérance constatée et documentée ou une contre-indication existante documentée ou un diagnostic avéré de la maladie de Behçet :

- J'atteste que les immunosuppresseurs classiques administrés antérieurement chez ce bénéficiaire sont les suivants:

□ Ciclosporine  
..... (nom de la spécialité)

OU

□ Méthotrexate  
..... (nom de la spécialité)

OU

□ Azathioprine  
..... (nom de la spécialité)

OU

□ Mycophénolate mofétil  
..... (nom de la spécialité)

- Depuis le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (date de début)
- A la dose de \_\_\_\_ mg par jour
- Pendant \_\_\_\_ semaines (durée du traitement) (au moins 4 semaines pour la ciclosporine, au moins 6 semaines pour le méthotrexate, l'azathioprine et le mycophénolate mofétil)

En cas de contre-indication médicale ou intolérance quant à l'usage des immunosuppresseurs, description des éléments qui la démontre :

.....

OU

☐ J'atteste que ce bénéficiaire a un diagnostic avéré de la maladie de Behçet

- Conditions relatives à l'absence actuelle de tuberculose évolutive, ainsi qu'aux mesures nécessaires quant à la prophylaxie d'une réactivation d'une tuberculose latente :

J'atteste que l'absence actuelle de tuberculose évolutive correspond chez ce bénéficiaire à la situation dont la case est cochée ci-dessous :

☐ Radiographie pulmonaire et test de Mantoux simultanément négatifs

☐ Radiographie pulmonaire positive ou test de Mantoux positif : une éventuelle tuberculose active fait l'objet d'un traitement adéquat, confirmé par un médecin spécialiste en pneumologie au point IV du présent formulaire. Une éventuelle tuberculose latente, fait l'objet d'un traitement adéquat instauré depuis au moins 4 semaines, confirmé par un médecin spécialiste en pneumologie (voir point IV).

De ce fait, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec une spécialité inscrite au § 8870000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018 pendant une période initiale de 16 semaines maximum.

Compte tenu :

de la date présumée de début du traitement : / /

et

de la posologie de 80 mg à la semaine 0, de 40 mg la semaine 1, et de 40 mg toutes les 2 semaines à partir de la semaine 1, je sollicite pour le bénéficiaire le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant les 16 premières semaines de traitement est mentionné ci-dessous :

☐ conditionnements de 2 seringues ou stylos préremplis ..... (nom de la spécialité à base d'adalimumab 40 mg inscrite au § 8870000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018 - 2 x 40 mg)(maximum 5)

Ou

☐ ☐ conditionnement de 1 seringue ou stylo prérempli ..... (nom de la spécialité à base d'adalimumab 80 mg inscrite au § 8870000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018 - 1 x 80 mg)(maximum 1) et ☐ ☐ conditionnements de 2 seringues ou stylos préremplis ..... (nom de la spécialité à base d'adalimumab 40 mg inscrite au § 8870000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018 - 2 x 40 mg)(maximum 4)

En outre, 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.

Je m'engage également, lorsque le bénéficiaire aura reçu le remboursement de la spécialité demandée, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du bénéficiaire concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point f) du § 8870000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018.

☐ Je confirme être expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'uvéite.

**iii. Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II**

(nom)

(prénom)

-      -   -   (n° INAMI)

/   /   (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)

**iv. (Le cas échéant) Eléments à attester 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 de Mantoux positif

☐ J'atteste qu'il a reçu un traitement adéquat de l'affection tuberculeuse, en l'occurrence :

- ..... (traitement anti-tuberculeux administré)

- ☐ Je confirme qu'étant donné la suspicion d'une TBC latente, un traitement adéquat prophylactique d'une réactivation d'une tuberculose latente est administré depuis au moins 4 semaines.

(signature du médecin )