

ANNEXE A: Modèle du formulaire de première demande

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'adalimumab pour le traitement de l'uvéïte antérieure chronique non infectieuse chez les bénéficiaires à partir de 2 ans (§ 9480000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018).

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 mentionné ci-dessous âgé d'au moins 2 ans, est atteint d'uvéïte antérieure chronique non infectieuse et qu'il remplit simultanément toutes les conditions figurant dans les critères de remboursement du § 9480000 du chapitre IV de la liste jointe à l'AR du 1 février 2018, à savoir :

- o 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

- o 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:

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

OU
Inhibiteur de la calcineurine
..... (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 6 semaines)

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

- o 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 :

