

ANNEXE B: Modèle du formulaire de demande de prolongation

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité à base d'adalimumab pour le traitement de l'uvéite 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 un médecin spécialiste en ophtalmologie

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en ophtalmologie et expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'uvéite, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus âgé d'au moins 2 ans, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec une spécialité à base d'adalimumab sur base des conditions du §9480000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018 qui lui sont applicables, durant au moins 24 semaines pour le traitement d'une uvéite antérieure chronique non infectieuse.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace, après 24 semaines, par rapport à la situation clinique du bénéficiaire avant l'initiation du traitement par:

- L'amélioration ou le maintien du nombre de cellules dans la chambre antérieure
OU
- L'amélioration de l'Œdème maculaire
OU
- La réduction de corticoïdes topiques et/ou systémiques

De ce fait, ce bénéficiaire nécessite de recevoir la prolongation du traitement avec une spécialité à base d'adalimumab, pendant une période de 12 mois.

Compte tenu :

de la date présumée de début de la prolongation du traitement : ____/____/____

et

de la posologie de 20 mg toutes les 2 semaines chez les bénéficiaires de moins de 30 kg, et de 40 mg toutes les 2 semaines chez les bénéficiaires à partir de 30 kg , je sollicite pour le bénéficiaire le remboursement pour assurer le traitement pendant 12 mois est mentionné ci-dessous :

pour les bénéficiaires de moins de 30 kg

____ maximum 520 mg d'adalimumab

pour les bénéficiaires à partir de 30 kg

____ maximum 1040 mg d'adalimumab

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 § 9480000 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.

