

ANNEXE A : Modèle de formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base de ropeginterféron alfa-2b inscrite au § 13060200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

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

Il s'agit d'une première demande de remboursement :

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique et responsable du traitement, déclare que le bénéficiaire adulte mentionné ci-dessus, est traité pour une polycythémie vraie et est résistant ou ne tolère pas l'hydroxycarbamide. Cette intolérance et/ou résistance à l'hydroxycarbamide est objectivée par un ou plusieurs des critères suivants :

- Nécessité de recourir à la phlébotomie afin de conserver un taux d'hématocrite < 45% après 3 mois de traitement par hydroxycarbamide à une dose minimale de 2 g/jour, ou à la dose maximale tolérée.
ET/OU
- Taux de plaquettes > 400 x 10⁹/L ET taux de leucocytes > 10 x 10⁹/L après 3 mois de traitement par hydroxycarbamide à une dose minimale de 2 g/jour, ou à la dose maximale tolérée.
ET/OU
- Nombre absolu de neutrophiles < 1.0 x 10⁹/L OU taux de plaquettes < 100 x 10⁹/L OU hémoglobine < 10 g/dL à la dose d'hydroxycarbamide la plus faible nécessaire pour obtenir une réponse complète ou partielle.
ET/OU
- Présence d'au moins 1 ulcère ou de quelqu'autre symptôme non hématologique inacceptable associé à l'administration d'hydroxycarbamide, tel que des symptômes muco-cutanés, des symptômes gastro-intestinaux graves, une pneumonie, de la fièvre ou un prurit intolérable.

Je tiens à la disposition du médecin-conseil un rapport médical reprenant les éléments permettant de confirmer la résistance et/ou l'intolérance à l'hydroxycarbamide et décrivant chronologiquement l'évolution de l'affection (résultats de laboratoire, imagerie de la rate le cas échéant, nature du (des) traitement(s)).

Je demande pour ce bénéficiaire le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de ropeginterféron alfa-2b inscrite au § 13060200 :

- Pour une première période de : □□ semaines (maximum 78 semaines).
- Pour □□ conditionnements de 1 x 250µg (maximum 78 conditionnements).

Il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement :

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique et responsable du traitement, déclare que le bénéficiaire se trouvait dans l'une des situations susmentionnées au moment de la première demande de remboursement.

Je confirme que le traitement s'est avéré efficace chez ce bénéficiaire, ceci étant démontré par une réponse hématologique adéquate, définie comme suit : hématocrite <45% sans saignée (au moins 1 mois depuis la dernière saignée).

Je tiens à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve qui démontrent que ce bénéficiaire se trouve dans la situation exposée.

Je demande pour ce bénéficiaire la prolongation du remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de ropeginterféron alfa-2b inscrite au § 13060200 :

- Pour une nouvelle période de : □□ semaines (maximum 52 semaines).
- Pour □□ conditionnements de 1 X 250µg (maximum 52 conditionnements).

III - Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II :

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)

(cachet)

(signature du médecin)