

I. Identification bénéficiaire:

Prénom et nom du bénéficiaire:

Adresse du bénéficiaire:.....

N° d'affiliation à l'organisme assureur:
(ou vignette de l'organisme assureur)

II. Demande unique:

Je, soussigné médecin-spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne, déclare que l(e)(a) patient(e) adulte ci-dessus, présente une hépatite B chronique et active et que son bilan diagnostique comprend tous les éléments suivants:

antigène HBs présent depuis plus de 6 mois
et

le taux de VHB-ADN est de IU/ml.
Cette valeur est entre 2.000 et 2 millions IU/ml.
et

taux récent d'ALAT de U/l.
Cette valeur est supérieure à deux fois la norme supérieure des valeurs normales du laboratoire.
et

une biopsie hépatique dont l'examen histologique démontre une nécro-inflammation modérée à sévère.
Cette ponction hépatique n'est pas requise en cas d'hémophilie ou traitement par anticoagulants
et

absence de pré-cirrhose et cirrhose
et

absence de greffe hépatique
et

négatif pour le VIH
et

(d'application si un traitement antérieur par un analogue nucléosidique/nucléotidique a été effectué) Je déclare que l'expiration de la dernière autorisation de remboursement de l'inhibiteur viral date depuis plus de 6 mois et que l'arrêt de ce traitement a été réalisé pour une raison médicalement justifiée. Mon patient présente une rechute de l'hépatite B chronique comme démontrée par une augmentation de la virémie (ADN-VHB) réalisée à des intervalles d'au moins 3 mois.

Je demande le remboursement du PEGASYS avec une posologie de µg (180 µg au maximum) SC une fois par semaine pendant semaines (48 semaines au maximum).

Sur demande, j'envoie les pièces justificatives qui soutiennent la situation attestée de mon patient, au médecin conseil de l'organisme assureur.

III. Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

..... (nom)

..... (prénom)

1 - - - (N° INAMI)

/ / (date)

cachet