

**Modèle du formulaire de demande de remboursement pour le PEGASYS en monothérapie (§ 2710100 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)**

Prénom et nom du bénéficiaire: .....

Adresse du bénéficiaire: .....

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

Je soussigné(e), médecin traitant, spécialiste reconnu(e) en gastro-entérologie ou en médecine interne, sollicite le remboursement de la spécialité PEGASYS pour mon patient atteint d'hépatite C chronique, prouvée par une élévation d'ALAT à deux reprises à au moins 1 mois d'intervalle, un ARN-VHC sérique positif et un examen histologique après biopsie hépatique.

Cet examen histologique n'est pas requis en cas de génotype viral 2, génotype viral 3, hémophilie ou traitement concomitant par anticoagulants.

Je confirme qu'il existe pour ce patient une contre-indication documentée à la ribavirine (anémie, hémoglobinopathie, insuffisance rénale sévère, hémodialyse).

ET

En outre, le bénéficiaire a à l'examen histologique, lorsque la biopsie est requise comme mentionné au premier alinéa ci-dessus, une inflammation ou une fibrose. En cas de cirrhose, l'atteinte hépatique chronique ne peut pas dépasser le score A à l'index Child-Pugh.

ET

Je m'engage à envoyer, sur demande, les pièces justificatives au médecin conseil de l'organisme assureur.

**Demande de remboursement pour une première période de 24 semaines**

Je m'engage à ne pas continuer après 12 semaines, lorsque, après ce délai, l'efficacité (\*) n'a pas pu être démontrée.

**Demande de renouvellement du remboursement pour un patient ayant eu une réponse virologique à 12 semaines (\*) dont j'envoie également aujourd'hui les résultats des examens effectués:**

(\*) L'efficacité est démontrée si, après 12 semaines de traitement, la virémie est:

soit devenue inférieure à 1% (diminution de > 2 log) de la valeur avant traitement pour un patient naïf.

soit devenue indétectable (ARN-VHC négatif) pour un patient en retraitement.

**Pour une période de 24 semaines**

OU

**Pour une période de 48 semaines:** uniquement pour un patient avec génotype 1 retraité avec monothérapie

**Le dosage prescrit de PEGASYS est de 1 seringue pré-remplie de 180 µg ou de 135 µg/semaine**

Génotypes 1,2,3,4,5,6	<input type="checkbox"/> PEGASYS 1 seringue pré-remplie/semaine (boîtes de 4 unités)	Pour 24 semaines : 6 boîtes
	<input type="checkbox"/> PEGASYS 1 stylo pré-rempli/semaine (boîtes de 4 unités)	
Génotype 1	<input type="checkbox"/> PEGASYS 1 seringue pré-remplie/semaine (boîtes de 4 unités)	Pour 48 semaines : 12 boîtes
	<input type="checkbox"/> PEGASYS 1 stylo pré-rempli/semaine (boîtes de 4 unités)	

**Identification du médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne (nom, prénom, adresse, N° INAMI) :**

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

\_\_\_\_\_ (prénom)

cachet

1 -       -   -   (N° INAMI)

/   /    (date)