

Annexe A : Formulaire de demande pour le remboursement de la spécialité TARGAXAN selon le § 9530000 du chapitre IV de l'AR du 1 février 2018

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II – Demande

Je soussigné, médecin spécialiste dont le n° INAMI se termine par 580, 588, 650, 651, 659 or 987, déclare que le patient susmentionné remplit tous les critères pour obtenir le remboursement du rifaximine ajoutée à un traitement remboursable à base de lactulose, dans la prévention de nouveaux épisodes d'encéphalopathie hépatique manifeste, à savoir :

- Il s'agit d'un patient adulte chez qui une cirrhose a été diagnostiquée;
- Le patient a eu au moins 2 épisodes d'encéphalopathie hépatique manifeste, définis comme un score de CONN ≥ 2 (également appelé échelle de West Haven) sur une échelle de 0-4 ;
- Actuellement le patient ne présente pas d'encéphalopathie, définie comme un score de Conn ≤ 1 sur une échelle de 0-4 ;
- Le patient n'a pas de shunt intra-hépatique par voie transjugulaire ni de shunt chirurgical ;
- Des facteurs précipitants tels que infections, hémorragies gastro-intestinales, médicaments, insuffisance rénale, ont été corrigés au maximum avant le début du traitement par rifaximine;
- Le patient ne présente pas d'occlusion intestinale ni d'autres formes d'ileus.

Je sais que le nombre maximal de conditionnements remboursables est de 6, pour une posologie journalière remboursable maximale de 550 mg deux fois par jour.

Je m'engage à tenir à disposition du médecin conseil les éléments de preuve qui démontrent la situation attestée et je m'engage à les envoyer au médecin conseil, sur simple demande.

Je demande une première période de traitement de 24 semaines.

Je demande une prolongation du traitement pour une durée de 24 semaines.

III – Identification du médecin spécialiste (nom, prénom, adresse, numéro INAMI)

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)

_____ (cachet)

..... (signature du médecin)