Formulaire de demande :
Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité HEPSERA (§ 3020000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001)

I. Identification bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'inscription):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

II. ⊔ Première demande:

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 où un traitement par la lamivudine d'au moins 6 mois est devenu inefficace. J'arrête le traitement par la lamivudine. Le bilan de l'hépatite B chronique résistante à la lamivudine comprend tous les éléments suivants:

⊔ antigène HBs présent sous prise de la lamivudine

et

⊔ antigène HBe

⊔ présent. Je m'engage à arrêter le traitement par HEPSERA lorsque le taux d'ALAT augmente ou l'image histologique s'aggrave, ainsi qu'après séroconversion HBe démontrée par au moins 2 examens biologiques réalisés à au moins 6 mois d'intervalle

ou ⊔ absent. (= mutant précore) Je m'engage à arrêter le traitement par HEPSERA lorsque le taux d'ALAT augmente ou l'image histologique s'aggrave, ainsi qu'après séroconversion HBs démontrée par au moins 2 examens biologiques réalisés à au moins 6 mois d'intervalle

et

⊔ le taux de VHB-ADN est de ....IU/ml (au moins 2.000 IU/ml)

et

⊔ deux taux d'ALAT élevés dans le passé

et

⊔ une biopsie hépatique dont l'examen histologique démontre une inflammation et fibrose, actuellement ou dans le passé. Cette ponction hépatique n'est pas requise en cas d'hémophilie ⊔ ou traitement par anticoagulants ⊔

Je demande le remboursement du HEPSERA à une posologie maximale de 10 mg par jour.

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

III. ⊔ Demande de prolongation:

Je, soussigné médecin-spécialiste en gastro-entérologie ou médecine interne, demande pour le patient adulte mentionné ci-dessus, qui présente une hépatite B chronique, la prolongation du remboursement de HEPSERA :

⊔ antigène HBe

⊔ présent dès le début du traitement. Lors d'un contrôle récent, il s'avère que l'antigène HBe persiste. Je m'engage à arrêter le traitement par HEPSERA lorsque le taux d'ALAT augmente ou l'image histologique s'aggrave, ainsi qu'après séroconversion HBe démontrée par au moins 2 examens biologiques réalisés à au moins 6 mois d'intervalle

ou ⊔ absent dès le début du traitement (mutant pré-core). Lors d'un contrôle récent, il s'avère que l'antigène HBs persiste. Je m'engage à arrêter le traitement par HEPSERA lorsque le taux d'ALAT augmente ou l'image histologique s'aggrave, ainsi qu'après séroconversion HBs démontrée par au moins 2 examens biologiques réalisés à au moins 6 mois d'intervalle

et

⊔ le taux d'ALAT était récemment normal

Je demande la prolongation du remboursement du HEPSERA à une posologie maximale de 10 mg par jour.

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (date)

(cachet) .... (signature du médecin)