

Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité pharmaceutique à base d'entecavir 0,5 mg
(§ 5240000 du chapitre IV de l'A.R. du 01.02.2018)

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

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 infection par le virus de l'hépatite B et se trouve dans une des situation suivantes :

- hépatite B chronique active non prétraitée par lamivudine. Virémie > 2.000 UI/mL et taux de transaminases élevé;
- patient présentant une cirrhose de stade de Child-Pugh A non prétraitée par lamivudine;
- patient ayant subi une transplantation d'organe ou une transplantation de cellules souches hématopoïétiques
- patient qui se trouve sur la liste d'attente pour une transplantation d'organe ou une transplantation de cellules souches hématopoïétiques.

Je demande le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'entecavir 0,5 mg à la posologie maximale de 0,5 mg par jour.

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

III - Demande de prolongation:

Je, soussigné médecin-spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne, demande pour le patient adulte mentionné ci-dessus, la prolongation du remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'entecavir 0,5 mg.

Je certifie que le traitement par la spécialité pharmaceutique à base d'entecavir 0,5 mg n'a pas perdu de son efficacité et qu'une séroconversion HBs ne s'est pas produite.

Je demande la prolongation du remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'entecavir 0,5 mg à une posologie maximale de 0,5 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)