

**Formulaire de demande:**

Formulaire de demande de remboursement pour la spécialité pharmaceutique à base d'entecavir 1 mg (§ 4270000 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 dans une des situations suivantes :

- une hépatite B chronique active pour laquelle un traitement préalable par lamivudine d'au moins 6 mois est devenu inefficace. La virémie > 2.000 UI/mL et le taux de transaminases est élevé;
- patient présentant une cirrhose de stade Child-Pugh A, prétraité par lamivudine ;
- patient présentant une cirrhose de stade Child-Pugh B ou C ;
- patient ayant subi une transplantation d'organe ou une transplantation de cellules souches hématopoïétiques
- patient se trouve sur une 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 1 mg à une posologie maximale de 1 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, la prolongation du remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'entecavir 1 mg. Je certifie que le traitement par la spécialité pharmaceutique à base d'entecavir 1 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 1 mg à une posologie maximale de 1 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)