Formulaire de demande: la spécialité pharmaceutique à base de ténofovir disoproxil (§ 5290000 du chapitre IV de l'A.R. du 01.02.2018)

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

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

II - ⊔Première demande:

Je, soussigné médecin-spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne, déclare que le bénéficiaire adulte ci-dessus, présente une infection par le virus de l'hépatite B dans une des situations suivantes :

⊔ une hépatite B chronique active et une virémie > 2.000 UI/mL et un taux élevé de transaminases ;
⊔ femme enceinte avec virémie > 200.000 UI/mL à partir de la 24ème semaine gestationnelle ;
⊔ bénéficiaire ayant développé une cirrhose;
⊔ bénéficiaire ayant subi une transplantation d'organe ou une transplantation de cellules souches hématopoïétique.
⊔ le bénéficiaire se trouve sur la liste d'attente pour une transplantation d'organe ou une transplantation de cellules souches hématopoïétique.

Je demande le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de ténofovir disoproxil à la posologie maximale de 245 mg par jour.

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

III - ⊔ Demande de prolongation:

Je, soussigné médecin-spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne, demande pour le bénéficiaire adulte mentionné ci-dessus, la prolongation du remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de ténofovir disoproxil. Je certifie que le traitement par la spécialité pharmaceutique à base de ténofovir disoproxil 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 de ténofovir disoproxil à la posologie maximale de 245 mg par jour.

Sur demande, j'envoie les pièces justificatives qui soutiennent la situation attestée du bénéficiaire, 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)