

INDICATION DE LA DEMANDE

Conditions de remboursement : article 24bis de la nomenclature INAMI du 1 nov. 2009. **Les analyses non remboursées seront facturées.**

Hépatite B (8365)

- Initiation et suivi de traitement d'un patient HBsAg positif (max 3/la 1ère année, ensuite max 1/an)
- Suivi d'un porteur chronique HBsAg positif (max 2/an)
- Tests hépatiques anormaux chez un porteur chronique HBsAg positif (max 2/an)
- Mutations de résistance aux médicaments et/ou génotype (**non remboursé**)
- Autres (**à préciser, non remboursé**)

Hépatite C (! Si génotype connu, à indiquer sous la rubrique : "Renseignements concernant le patient")

Diagnostic : PCR Hépatite C (maximum 1 PCR remboursée) **8496**

- Enfant né de mère HCV positive (307)
- Confirmation d'une sérologie HCV positive (300)
- **Hépatite** chez patient immuno-compromis ou dialysé (dans les 3mois) (308)
- **Hépatite** après accident de ponction avec source HCV positive (dans les 3mois) (309)

Traitement : PCR Hépatite C (maximum 4 PCR remboursées par période de traitement) **8430**

- Initialisation du traitement : + GENOTYPAGE Hépatite C (1 test génotypage/patient) (301+8430+**8449**)
- Suivi du traitement à 1 mois (302)
- Suivi à la fin du traitement (303)
- Suivi à 3 mois post-traitement (304)
- Suivis autres : à mois de traitement, à mois post-traitement (310)
- Suivis Autres **hors Inami : (60 euros à charge du patient) (310+8696)** :
A préciser :

Entérovirus

- Méningite ou méningo-encéphalite (max 1 test/épisode, sur LCR) (8545)
- Péricardite ou myocardite (max 2 prélèvements /épisode, sur biopsie * (8552) ou sang (8409))
- Diagnostic prénatal (max 1 test, liquide amniotique*) (8551)
- Autres (**à préciser, non remboursé**)

Herpès simplex (Type 1 et 2)

- Suspicion d'encéphalite ou autre atteinte neurologique (max 2 tests/épisode, sur LCR) (8416)
- Atteinte oculaire herpétique (max 2 tests/épisode, liquide oculaire) (8526)
- Herpès néonatal (max 1 test, sur LCR (8416), sang (8549), biopsie (8528))
- Patient immunocompromis avec lésions tractus oesophagien, intestinal ou respiratoire (max 2 tests/épisode)
- Autres (**à préciser, non remboursé**)

Herpès Zoster (Varicelle et Zona)

- Signes neurologiques (max 2 tests/épisode, sur LCR) (8529)
- Atteinte oculaire herpétique (max 2 tests/épisode, liquide oculaire) (8533)
- Autres (**à préciser, non remboursé**)

Médecin prescripteur : Cachet S.V.P.

- Nom
- Prénom
- Adresse
- N° INAMI

COPIE A : 1 /

2/

DATE PRESCRIPTION :/...../.....

SIGNATURE :

*Analyses sous-traitées