ANNEXE A : Modèle de formulaire de première demande :

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de mépolizumab (§ 11460000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018) pour le traitement d'une polypose naso-sinusienne.

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

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

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

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

II - Eléments à attester par le médecin-spécialiste ORL ou médecin spécialiste en pneumologie :

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu
⊔ ORL,
⊔ en pneumologie

certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus remplit les conditions figurant au §11460000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 :

1. Le bénéficiaire est âgé d'au moins 18 ans
2. Le bénéficiaire répond aux critères de définition de la rhinosinusite chronique avec polypose naso-sinusienne :
   - Présence pendant au moins 12 semaines d'**au moins 2** des symptômes suivants :
     - □ congestion/obstruction nasale ou rhinorrhée ;
     - □ réduction ou perte de l'odorat ;
     - □ douleur/pression faciale
   - présence de polypes visibles dans les 2 fosses nasales à l'examen endoscopique, documentée de façon photographique, schématique ou descriptive
3. Le bénéficiaire présente une forme sévère et non-contrôlée de la maladie avec :
   - Présence de symptômes persistants malgré un traitement par corticoïdes par voie nasale
   - Antécédents de chirurgie pour polypose naso-sinusienne ou présence d'une contre-indication médicale à la chirurgie
   - Réponse à au moins 3 des critères suivants :
     - □ Avoir eu recours à des corticostéroïdes systémiques au moins 1 fois au cours des deux dernières années OU présenter une contre-indication ou une intolérance pour les corticostéroïdes systémiques.
     - □ présenter un taux sanguin d'au moins 300 éosinophiles/µL au moment de l'instauration de cette spécialité ET/OU à un moment durant les 12 mois précédant l'instauration de cette spécialité ET/OU présenter une éosinophilie tissulaire vérifiée par une analyse histologique ;
     - □ Avoir un diagnostic d'un asthme associé ;
     - □ Présenter une perte significative de l'odorat.

J'atteste que je dispose des éléments attestant que les critères concernant la sévérité de la rhinosinusite chronique avec polypose naso-sinusienne sont remplis chez ce bénéficiaire avant l'initiation du traitement.

En outre, je m'engage à tenir à disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que ce bénéficiaire se trouvait dans la situation attestée.

Je sollicite dès lors pour ce bénéficiaire le remboursement de maximum 7 conditionnements de cette spécialité pour assurer les 6 premiers mois de traitement.

III - <u>Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II :</u>

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

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

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

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

| | (cachet) ..... (signature du médecin)