Annexe B : Modèle du formulaire de demande de prolongation

Formulaire de demande de prolongation de la spécialité pharmaceutique à base de mépolizumab (§ 114800000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018) pour le traitement d'un syndrome hyperéosinophilique (HES).

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation à l'O.A.):

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

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

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

II - Eléments à attester par le médecin-spécialiste en médecine interne porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique ayant une expérience reconnue dans le traitement des maladies éosinophiles ou attaché à un hôpital universitaire, ou par un médecin spécialiste en médecine interne expérimenté en immunologie :

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu
⊔ en médecine interne porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique, expérimenté dans le traitement des maladies éosinophiles ou attaché à un hôpital universitaire,
⊔ en médecine interne expérimenté en immunologie

certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus remplit les conditions figurant au §11480000 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 a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité pharmaceutique à base de mépolizumab, pendant au moins 6 mois pour le traitement du syndrome hyperéosinophilique.

Le traitement par cette spécialité ne peut être continué que chez les bénéficiaires considérés comme répondeurs, c'est-à-dire répondant à au moins une des conditions suivantes :

- □ Diminution de l'activité de la maladie pendant les 6 premiers mois de traitement et maintien de cet effet
- □ Diminution de la dose de traitement de fond pendant les 6 premiers mois de traitement avec maintien, voire amélioration de la qualité de vie, et maintien de cet effet

	Au moment de l'instauration de la spécialité à base de mépolizumab	*Au moment de la demande de prolongation*
Corticoïdes systémiques **Médicament** **Dose (mg/j)** Date	.... ……/……./…….	.... ……/……./…….
Autre: ..... **Dose/j** Date	..... ……/……./…….	..... ……/……./…….
Autre:	.....	.....

Dose/j Date	……./……./…….	……./……./…….

Je sollicite dès lors pour ce bénéficiaire le remboursement de maximum 39 conditionnements de la spécialité à base de mépolizumab pour assurer la prolongation du traitement pour une période maximale de 12 mois.

III - Identification du médecin spécialiste mentionné en point II (nom, prénom, adresse, N° INAMI):

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

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

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

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

(cachet) ..... (signature du médecin)