

ANNEXE A : première demande de remboursement de la spécialité à base de benralizumab inscrite au § 9410000 du chapitre IV de l’A.R. du 1^{er} février 2018

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 pneumologie:

Je soussigné(e), certifie que le patient mentionné ci-dessus, âgé d’au moins 18 ans, est atteint d’asthme sévère à éosinophiles et remplit simultanément toutes les conditions fixées sous le point a) ou b) du § 9410000 du chapitre IV de l’A.R. du 1^{er} février 2018.

- Le patient n’a jamais reçu de traitement par une spécialité à base de benralizumab et répond à au moins une des conditions suivantes :
 - au moins 2 hospitalisations ou 2 traitements au service des urgences pour asthme sévère durant les 12 derniers mois
 - au moins deux exacerbations d’asthme documentées durant les 12 derniers mois. Une exacerbation est définie comme une aggravation de l’asthme nécessitant une corticothérapie systémique d’au moins trois jours (pour les patients non cortico-dépendants) et/ou une visite aux services d’urgences et/ou une hospitalisation.
 - être cortico-dépendant. Un patient cortico-dépendant est un patient traité avec des corticostéroïdes oraux à la dose quotidienne de 4 mg de méthylprednisolone ou plus, ou 5 mg de prednisolone ou plus depuis au moins 6 mois pour les adultes.
- Le patient est âgé de 18 ans ou plus et a déjà été traité par une spécialité à base de benralizumab dans le cadre des études cliniques ou est traité par un autre anti-IL-5.

J’atteste que je tiens à disposition du médecin-conseil un formulaire de description clinique dont le modèle figure à l’annexe B du § 9410000 du chapitre IV de l’A.R. du 1^{er} février 2018, et que toutes les rubriques ont été complétées et signées avant l’instauration du traitement.
En outre, je m’engage à tenir à disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

Je sollicite dès lors pour mon patient le remboursement de maximum 5 conditionnements de la spécialité à base de benralizumab pour assurer **les 6 premiers mois de traitement**.

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / ____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)