Annexe C : Modèle du formulaire de demande de prolongation Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'upadacitinib 15 mg pour une spondylarthrite ankylosante (selon les Modified New York Criteria) chez l'adulte (§ 10370300 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. 1er février 2018). I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à I'O.A.) : (prénom) | | | (numéro d'affiliation) II - Eléments à attester par un médecin spécialiste en rhumatologie : Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en rhumatologie, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, est âgé d'au moins 18 ans, est atteint d'une spondylarthrite ankylosante selon les Modified New York Criteria répondant insuffisamment à la thérapie conventionnelle, et a déjà bénéficié du remboursement d'un traitement d'induction de la spécialité à base d'upadacitinib 15 mg pendant 14 semaines. J'atteste que ce traitement s'est montré efficace par une diminution d'au moins 50 % du score du BASDAI ou par une amélioration absolue de 2 points, par rapport à la situation clinique du bénéficiaire avant l'initiation du traitement. De ce fait, ce bénéficiaire nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité à base d'upadacitinib 15 mg pour une nouvelle période de 6 mois maximum (à concurrence de 2 conditionnements maximum de 98 comprimés de 15 mg). Je sollicite pour le bénéficiaire le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant 6 mois est mentionné ci-dessous, compte tenu : De la date présumée de début de la prolongation du traitement : பப/பப/பபப De la posologie de 15 mg une fois par jour, administré par voie orale, ce qui porte le nombre total de conditionnements nécessaires à : ⊔⊔ Conditionnements de 98 comprimés de 15 mg (maximum 2). En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée. J'atteste savoir que le remboursement simultané de la spécialité à base d'upadacitinib avec une des spécialités à base de infliximab, etanercept, adalimumab, golimumab, certolizumab pegol, secukinumab, ixekizumab ou tofacitinib n'est jamais autorisé. III - Identification du médecin spécialiste en rhumatologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) : (nom) | | / | | | / | | | (date)

(signature du médecin)

(cachet du médecin)