

ANNEXE B : Modèle du formulaire de demande de prolongation

Formulaire de demande de prolongation de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base d'étanercept inscrite au § 10390000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018 pour le traitement du psoriasis en plaques sévère chez des bénéficiaires âgés de 6 ans ou plus et de moins de 17 ans

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en dermatologie:

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en dermatologie, expérimenté dans le domaine des traitements systémiques du psoriasis chez des enfants et des adolescents, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus âgé de 6 ans ou plus et de moins de 17 ans, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec une spécialité inscrite au § 10390000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018 pendant au moins 12 semaines pour le traitement du psoriasis en plaques sévère.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace, après 12 semaines, et chaque fois après de nouvelles périodes de maximum 24 semaines, par une diminution du score PASI d'au moins 50%, par rapport à la valeur avant l'initiation du traitement.

De ce fait, ce bénéficiaire nécessite de recevoir la prolongation du remboursement d'une spécialité inscrite au § 10390000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018 pour une nouvelle période de 24 semaines maximum. Je sollicite pour ce bénéficiaire le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant 24 semaines est mentionné ci-dessous, compte tenu:

de la date présumée de début du prolongement du traitement : / /

..... kg: le poids de ce bénéficiaire:
le / / (Date à laquelle le bénéficiaire a été pesé);

la dose maximale de 0,8 mg/kg par semaine (maximum 50 mg par injection), qui porte le nombre de conditionnements nécessaires à :

maximum 12 conditionnements autorisés de (nom de la spécialité à base d'étanercept inscrite au § 10390000) de 4 x 25 mg.

Ou

maximum 6 conditionnements autorisés de (nom de la spécialité à base d'étanercept inscrite au § 10390000) de 4 x 50 mg (seulement valable chez les bénéficiaires avec un poids corporel de 62,5 kg ou plus)

Ou

maximum 2 conditionnements autorisés de (nom de la spécialité à base d'étanercept inscrite au § 10390000) de 12 x 50 mg (seulement valable chez les bénéficiaires avec un poids corporel de 62,5 kg ou plus)

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

Je m'engage également, lorsque ce bénéficiaire aura reçu le remboursement de la spécialité demandée, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codes relatives à l'évolution et au devenir du bénéficiaire concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point g) du § 10390000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018).

