

## ANNEXE B : Modèle du formulaire de demande de prolongation

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité à base d'ozanimod pour le traitement d'entretien de la rectocolite ulcéro-hémorragique chez l'adulte (§ 11800000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018).

### 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 responsable du traitement:

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne et responsable du traitement, certifie que le patient adulte mentionné ci-dessus bénéficie actuellement d'un remboursement d'une spécialité à base d'ozanimod pour une rectocolite hémorragique sévère

#### Première prolongation

J'atteste que le traitement initial s'est montré efficace, démontré par une diminution d'au moins 3 points du score Mayo (échelle 0-12 points) et par une diminution du sous-score 'rectorragie' (échelle 0-3 points) d'au moins 1 point - à moins d'un sous-score de 0 ou 1 - par rapport à la valeur de départ à la semaine 0.

Valeurs initiales du score Mayo  et du sous-score rectorragie  à la semaine 0.

Valeurs actuelles du score Mayo  et du sous-score rectorragie  à la semaine 10.

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir le remboursement du conditionnement d'ozanimod 28\*0,92mg pendant une période de 52 semaines.

Je sollicite le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire tient compte d'une posologie de 0,92mg/j.

maximum 13 conditionnements de la spécialité pharmaceutique à base d'ozanimod 0,92mg - 28 gélules

**Ou**

#### Prolongation ultérieure

J'atteste que le traitement d'entretien est resté cliniquement efficace et que la valeur du sous-score rectorragie n'a pas augmenté.

Valeur du sous-score rectorragie à la semaine 10 :

Valeur du sous-score rectorragie actuellement :

De ce fait, ce patient nécessite de recevoir le remboursement du conditionnement d'ozanimod 28\*0,92mg pendant une période de 52 semaines.

Je sollicite le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire tient compte d'une posologie de 0,92mg/j.

maximum 13 conditionnements de la spécialité pharmaceutique à base d'ozanimod 0,92mg - 28 gélules

Je m'engage à arrêter tout traitement ultérieur d'une spécialité à base d'ozanimod lorsqu'une perte de l'amélioration clinique se produit, mesurée par une augmentation de la valeur du sous-score rectorragie.

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

### III - Identification du médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne:

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

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

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (date)

\_\_\_\_\_ (cachet)

.....

(signature du médecin )