

**ANNEXE C : Demande de prolongation de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de tezepelumab pour asthme sévère associé à une inflammation de type 2 (§12490000 chapitre IV de la liste jointe à l’A.R. du 1er 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 un médecin spécialiste en pneumologie ou par un médecin spécialiste en pédiatrie attaché à un hôpital universitaire pour les bénéficiaires âgés de 12 à 17 ans:**

Je soussigné, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, âgé d’au moins de 12 ans, a déjà reçu le remboursement d’un traitement avec la spécialité à base de tezepelumab, pendant au 6 mois pour le traitement de l’asthme sévère associé à une inflammation de type 2.

Le traitement par la spécialité à base de tezepelumab ne peut être continué que chez les bénéficiaires considérés comme répondeurs, c’est-à-dire :

- Des bénéficiaires avec exacerbations répétées avant le traitement avec la spécialité à base de tezepelumab avec une diminution cliniquement significative de ces exacerbations pendant les 6 premiers mois de traitement, et maintien de cet effet (diminution de moitié des exacerbations dans l’année suivant l’initiation du traitement, et les années suivantes, en comparaison de l’année précédant le traitement).

ET/OU

- Des bénéficiaires avec une diminution cliniquement significative d’au moins 50% des doses quotidiennes de corticostéroïdes oraux pendant les 6 premières mois de traitement, en comparaison des doses utilisées avant le traitement et maintien de cet effet.

J’atteste que ce bénéficiaire est un répondeur, ainsi qu’il ressort des éléments suivants :

	<i>Durant les 12 mois précédant l’instauration de la spécialité à base de tezepelumab</i>	<i>Durant les 12 derniers mois (6 mois pour le premier renouvellement) de traitement avec la spécialité à base de tezepelumab</i>
<b>Nombre d’exacerbations sévères*</b>		

\* Une exacerbation est définie comme une aggravation de l’asthme nécessitant une corticothérapie systémique d’au moins trois jours (pour les bénéficiaires non cortico-dépendants) et/ou une visite aux services d’urgences et/ou une hospitalisation.

	<i>Durant les 12 mois précédant l’instauration de la spécialité à base de tezepelumab</i>	<i>Durant les 12 derniers mois (6 mois pour le premier renouvellement) de traitement avec la spécialité à base de tezepelumab</i>
<b>Posologie de corticoïdes (mg/jour)</b>		

Je sollicite dès lors pour le bénéficiaire le remboursement de maximum 13 seringues ou stylos préremplis de la spécialité à base de tezepelumab de 210 mg, pour assurer la prolongation du traitement pour une période maximale de 12 mois.

**III - Identification du médecin spécialiste en pneumologie ou du médecin spécialiste en pédiatrie attaché à un hôpital universitaire pour les bénéficiaires âgés de 12 à 17 ans (nom, prénom, adresse, N° INAMI) :**

(nom)  
 (prénom)  
 -  -  -  (n° INAMI)  
 /  /  (date)

(cachet)

..... (signature du médecin)