

**ANNEXE A : Modèle du formulaire de première demande :**

**Formulaire de première demande de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base de mirikizumab 100 mg inscrite au §12950200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1<sup>er</sup> février 2018 pour le traitement d'une forme sévère de la rectocolite hémorragique chez le bénéficiaire adulte.**

**I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :**

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

\_\_\_\_\_ (prénom)

\_\_\_\_\_ (numéro d'affiliation)

**II - Éléments 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 bénéficiaire mentionné ci-dessus est âgé d'au moins 18 ans, est atteint d'une forme sévère de la rectocolite hémorragique, et remplit simultanément toutes les conditions figurant dans les critères de remboursement du §12950200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1<sup>er</sup> février 2018 :

**LU 1) le bénéficiaire a reçu un traitement d'induction avec une spécialité pharmaceutique à base de mirikizumab 300 mg par voie intraveineuse et passe au traitement d'entretien avec une spécialité pharmaceutique à base de mirikizumab 100 mg administré par voie sous-cutanée une fois toutes les 4 semaines à partir de la semaine 12 ou la semaine 24.**

Je confirme que le traitement d'induction préalable avec la spécialité à base de mirikizumab 300 mg par voie intraveineuse, s'est montré efficace par une amélioration des symptômes par rapport à la semaine 0, conformément aux conditions du §12950100.

Sur base de ce qui précède, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité pharmaceutique à base de mirikizumab 100 mg inscrite au §12950200.

**LU 2) le bénéficiaire a reçu un traitement avec une spécialité pharmaceutique à base de mirikizumab 100 mg par voie sous-cutanée, avant l'entrée en vigueur du remboursement de la spécialité à base de mirikizumab 100 mg, sur base des conditions du point a' du §12950200.**

Je confirme que le traitement avec la spécialité à base de mirikizumab 100 mg par voie sous-cutanée s'est montré efficace par une amélioration des symptômes par rapport par rapport à la valeur de départ du traitement par mirikizumab, sur base des conditions du §12950200.

Sur base de ce qui précède, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement d'un traitement avec la spécialité pharmaceutique à base de mirikizumab 100 mg inscrite au §12950200.

Je sollicite pour le bénéficiaire le remboursement de 5 conditionnements de mirikizumab 6\*100mg pour assurer ce traitement pendant une période maximale de 56 semaines.

Je m'engage à arrêter toute nouvelle administration de la spécialité à base de mirikizumab 100 mg inscrite au §12950200 du chapitre IV de la liste jointe à l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2018 en cas de perte d'amélioration clinique, définie comme une aggravation des symptômes par rapport à la fin de la phase d'induction.

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.

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

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

\_\_\_\_\_ (prénom)

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

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

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

..... (signature du médecin)