

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité à base d'étrasimod pour le traitement d'entretien de la rectocolite hémorragique sévère chez les bénéficiaires à partir de 16 ans (§13100000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018).

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne et responsable du traitement, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus bénéficie actuellement d'un remboursement d'une spécialité à base d'étrasimod pour une rectocolite hémorragique sévère (§13100000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018).

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 actuelles du score Mayo et du sous-score rectorragie à la semaine 12.

En conséquence, le bénéficiaire a besoin d'un remboursement du conditionnement d'étrasimod 2 mg - 98 comprimés pour un maximum de 52 semaines. Le nombre de conditionnements pour lesquels je demande le remboursement tient compte d'une posologie maximale de 2 mg une fois par jour.

☐ Maximum 4 conditionnements d'étrasimod 2 mg – 98 comprimés.

□ 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 actuellement : .

En conséquence, le bénéficiaire a besoin d'une prolongation du remboursement du conditionnement d'étrasimod 2 mg - 98 comprimés pour un maximum de 52 semaines. Le nombre de conditionnements pour lesquels je demande le remboursement tient compte d'une posologie maximale de 2 mg une fois par jour :

☐ Maximum 4 conditionnements d'étrasimod 2 mg – 98 comprimés.

Je m'engage à arrêter tout traitement ultérieur de cette spécialité 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 le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

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

(cachet)

.....

(signature du médecin)