

**ANNEXE C : Modèle du formulaire de demande pour des bénéficiaires sous un traitement par une spécialité à base d'étrasimod non remboursé.**

Formulaire de demande pour le remboursement d'une spécialité à base d'étrasimod pour le traitement de la rectocolite hémorragique sévère active chez les bénéficiaires à partir de 16 ans (§13100000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018). Cette procédure n'est possible qu'une seule fois pendant une période transitoire jusqu'au 31/07/2027 pour le paragraphe actuel §13100000 du chapitre IV de la liste annexée à l'arrêté du 1er 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 bénéficiaire à partir de 16 ans mentionné ci-dessus suit un traitement par une spécialité à base d'étrasimod, sans remboursement. J'atteste que ce traitement s'est montré efficace par une diminution d'au moins 3 points du Mayo score et une diminution du sous-score 'rectorragie' 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.

Je déclare que le bénéficiaire susmentionné remplissait à l'initiation du traitement avec une spécialité à base d'étrasimod toutes les conditions figurant au point a) du §13100000 du chapitre IV de la liste jointe à l'AR du 1er février 2018 :

- Conditions relatives à la présence d'une rectocolite ulcéro-hémorragique sévère définie par un score Mayo de  $\geq 6$  points (échelle 0-12 points) et dont le sous-score endoscopique est de  $\geq 2$  points :

J'atteste avoir obtenu le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (date de l'évaluation) un score Mayo de \_\_\_\_ points, en additionnant les 4 sous-scores ayant chacun une échelle de 0-3 points :

o Sous-score rectorragies : \_\_\_\_ Points.

o Sous-score fréquence des selles : \_\_\_\_ Points.

o Sous-score évaluation globale du bien-être du bénéficiaire : \_\_\_\_ Points.

o Sous-score endoscopique : \_\_\_\_ Points.

- Conditions relatives à un traitement préalable adéquat d'au moins 3 mois avec un traitement conventionnel (aminosalicylates et corticoïdes et/ou 6-mercaptopurine ou azathioprine) et/ou un traitement d'au moins deux mois avec un médicament biologique ou une spécialité à base de tofacitinib, filgotinib, upadacitinib ou ozanimod, à moins d'une intolérance constatée et documentée ou d'une contre-indication existante documentée :

**Aminosalicylates :**

Nom : .....

Date du début : .....

Dose initiale : .....

Durée du traitement : .....

Le cas échéant, éléments démontrant l'intolérance ou la contre-indication au traitement :  
.....

**Corticoïdes :**

Nom : .....

Date du début : .....

Dose initiale : .....

Durée du traitement : .....

Le cas échéant, éléments démontrant l'intolérance ou la contre-indication au traitement :  
.....

**6-mercaptopurine ou azathioprine :**

Nom : .....  
Date du début : .....  
Dose initiale : .....  
Durée du traitement : .....  
Le cas échéant, éléments démontrant l'intolérance ou la contre-indication au traitement :  
.....

**Traitement biologique :**

Nom : .....  
Date du début : .....  
Dose initiale : .....  
Durée du traitement : .....  
Le cas échéant, éléments démontrant l'intolérance ou la contre-indication au traitement :  
.....

**Spécialité à base de tofacitinib, filgotinib, upadacitinib ou d'ozanimod :**

Nom : .....  
Date du début : .....  
Dose initiale : .....  
Durée du traitement : .....  
Le cas échéant, éléments démontrant l'intolérance ou la contre-indication au traitement :  
.....

De ce fait, ce bénéficiaire nécessite de recevoir le remboursement du conditionnement d'étrasimod 2 mg – 98 comprimés pendant une période de 52 semaines. Je sollicite le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire tient compte d'une posologie de 2 mg une fois par jour.

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

La date présumée de début de la prolongation du traitement est le / / .

Je m'engage à arrêter tout traitement ultérieur d'une spécialité à base d'étrasimod 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.

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

(nom)

(prénom)

-  -  -  (n° INAMI)

/  /  (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin )