

Formulaire de demande de prolongation de remboursement d'une spécialité pharmaceutique à base de risankizumab 180 mg ou 360 mg inscrite au S13460200 du chapitre IV de la liste jointe à de l'A.R. du 1^{er} février 2018 pour le traitement d'entretien d'une forme sévère de la rectocolite hémorragique chez le bénéficiaire adulte.

_____ (nom)
 _____ (prénom)
 _____ (numéro d'affiliation)

Je soussigné, médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne et responsable du traitement, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec risankizumab 180 mg ou 360 mg inscrite au S13460200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018 pour le traitement d'une forme sévère de la rectocolite hémorragique.

Sur base de ce qui précède, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de risankizumab 180 mg ou 360 mg inscrites au S13460200 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018 pour une période de maximum 56 semaines.

Je sollicite pour le bénéficiaire le remboursement de maximum 7 conditionnements de risankizumab 180 mg ou 360 mg pour assurer ce traitement pendant une période de maximum 56 semaines.

Je m'engage à arrêter toute nouvelle administration de la spécialité à base de risankizumab 180 mg ou 360 mg inscrite au S13460200 du chapitre IV de la liste jointe à l'arrêté royal du 1^{er} 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 (semaine 24).

J'atteste savoir que le remboursement simultané de la spécialité à base de risankizumab avec une spécialité du groupe de remboursement B-255, B-248, B-372 ou avec une spécialité du groupe de remboursement Fb-4 n'est jamais autorisé.

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)