

Formulaire de demande de nouvelle prolongation de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de baricitinib inscrite au §13600000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1 février 2018.

[illegible]

Je, soussigné, médecin spécialiste en dermatologie-vénérologie, expérimenté dans le traitement de la pelade, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus a déjà bénéficié d'une première période de remboursement pour cette spécialité et que le traitement avec celle-ci s'est avéré efficace en se basant sur les critères SALT (obtenir un score SALT < 20) ou une repousse des cheveux sur plus de 80 % du cuir chevelu.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve prouvant que le bénéficiaire concerné se trouve dans la situation attestée.

Je demande le remboursement d'une dose journalière de 4 mg une fois par jour, sauf lorsque ce bénéficiaire est porteur d'un risque thrombo-embolique, je demande le remboursement de 2 mg une fois par jour.

Je m'engage à envisager de réduire la dose de 4 mg à 2 mg une fois par jour progressivement et d'interrompre le traitement chez les bénéficiaires qui sont en rémission clinique, si cela est cliniquement possible et à continuer à suivre le bénéficiaire pour assurer un diagnostic rapide des signes de récurrence.

J'atteste savoir que le remboursement simultané de cette spécialité avec des spécialités pharmaceutiques à base d'un autre anticorps monoclonal humain anti IL-13 et/ ou IL-4 (Cat. B-305) ou avec un autre inhibiteur de JAK (Cat. B-255) n'est jamais autorisé pour cette indication.

Sur base de ces éléments, je confirme que la prolongation du remboursement de la spécialité pharmaceutique concernée est nécessaire pour ce bénéficiaire pendant une période de 48 semaines maximum :

□□ Conditionnements de 84 comprimés de 2 ou 4 mg (maximum 4).

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

--

(cachet)

.....

(signature du médecin)