ANNEXE B : Demande de prolongation de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base d'alitretinoïne inscrite au §13650000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.) :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Prénom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (N° d'affiliation)

II – Eléments à attester par le médecin-spécialiste en dermatologie :

Je soussigné(e), certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est atteint d'eczéma chronique sévère des mains (le bénéficiaire ne présente aucune guérison ou amélioration significative dans les 3 mois suivant le diagnostic initial ou qu'il a connu 2 récidives au cours de l'année) et remplit simultanément toutes les conditions fixées sous le point a) ou b) du §13650000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018.

Le traitement par cette spécialité ne peut être continué que chez les bénéficiaires qui répondant à au moins une des conditions suivantes :

□ Le bénéficiaire ne présente plus d'eczéma après une première période de traitement de 12 semaines.

□ Le bénéficiaire était exempt d'eczéma dans les 24 semaines suivant un traitement antérieur, dans le respect des conditions mentionnées au point 4 du §13650000 du chapitre IV de la liste annexée à l'arrêté royal du 1er février 2018 (Le bénéficiaire atteint d'eczéma chronique sévère des mains, malgré l'évitement des facteurs déclenchants et un traitement adéquat par corticostéroïdes topiques pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois précédant la demande de remboursement, ou en cas d'intolérance avérée ou de contre-indication documentée aux traitements topiques).

□ Le bénéficiaire était exempt d'eczéma dans les 24 semaines suivant un traitement antérieur, dans le respect des conditions mentionnées point 4 du §13650000 du chapitre IV de la liste annexée à l'arrêté royal du 1er février 2018, mais n'est toujours pas exempt d'eczéma après une période de 12 semaines de retraitement.

Je sollicite dès lors pour ce bénéficiaire le remboursement du nombre maximal de conditionnements tient compte :

□ D'une dose de 30 mg administrée une fois par jour.
□ D'une dose de 10 mg administrée une fois par jour (intolérance avérée à la dose plus élevée de 30 mg).

Pour assurer la prolongation du traitement pour une période maximale de 12 semaines.

III – Identification du médecin-spécialiste en dermatologie (nom, prénom, adresse, N° INAMI) :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Prénom)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (N° INAMI)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (Date)

| | (Cachet) ..... (Signature du médecin)