ANNEXE A : **Première demande de remboursement de la spécialité à base d'un extrait allergénique standardisé d'acariens (HDM) de 12-SQ, inscrite au §13840000 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018.**

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

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

II- Eléments à attester par un pédiatre ou un ORL :

Je soussigné(e), certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus, âgé de 5-17 ans, est atteint de la rhinite allergique sévère due aux acariens, et remplit simultanément toutes les conditions fixées sous le point a) du §13840000 du chapitre IV de l'A.R. du 1er février 2018.

☐ Le bénéficiaire n'a jamais reçu de traitement par une spécialité à base d'un extrait allergénique standardisé d'acariens (HDM) de 12-SQ et répond à toutes les conditions suivantes :

- Présente de la rhinite allergique sévère due aux acariens, démontré par un test cutané positif et des IgE.
- Avec exacerbation des symptômes de la rhinite allergique sévère aux acariens plus de 2 fois par semaine et/ou avec réveils nocturnes dus à des symptômes de la rhinite allergique sévère aux acariens.
- Avoir un traitement médicamenteux adéquat y compris un antihistaminique depuis au moins 6 mois.
- Si le score VAS est ≥ 5, il sera déterminé sous la supervision d'un pédiatre ou d'un ORL.
- Présence des 4 critères de gravité ARIA, à savoir des troubles du sommeil, des limitations dans la vie quotidienne lors d'activités sportives et/ou récréatives, des difficultés fonctionnelles à l'école et des symptômes graves.

En outre, je m'engage à tenir à disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée.

Je sollicite dès lors pour le bénéficiaire le remboursement de maximum 4 conditionnements de 90 lyophilisats et 1 conditionnement de 30 lyophilisats pour assurer les 12 premiers mois de traitement.

III - Identification du pédiatre ou ORL (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

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

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (date)

(cachet) .... (signature du médecin)