ANNEXE B : Demande de prolongation 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, est atteint de la rhinite allergique sévère aux acariens, et a déjà été traité pendant 1 an (ou 2 ans en cas de deuxième prolongation) avec l' extrait allergénique 12 SQ-HDM.

Le traitement par la spécialité à base d'un extrait allergénique standardisé d'acariens (HDM) de 12-SQ ne peut être continué que chez les bénéficiaires considérés comme répondeurs, c'est-à-dire répondant à au moins une des conditions suivantes :

- ☐ Bénéficiaire avec exacerbations de la rhinite allergique sévère aux acariens répétées tels que les éternuements, congestion nasale, rhinorrhée, démangeaisons nasales, irritation oculaire, larmoiement ou démangeaisons oculaires, avant le traitement par la spécialité et présentant une diminution cliniquement significative de ces exacerbations au cours des 12 premiers mois de traitement.

- ☐ Bénéficiaire avec réveils nocturnes dus aux symptômes de la rhinite allergie sévère aux acariens, avant le traitement par la spécialité et présentant une diminution cliniquement significative de ces réveils nocturnes au cours des 12 premiers mois de traitement.

Je sollicite dès lors pour le bénéficiaire le remboursement de maximum 4 conditionnements de 90 lyophilisats et 1 conditionnement de 30 lyophilisats pour assurer la période suivante de 12 mois de traitement (un maximum de 2 prolongations est possible).

- Début du 1er traitement : ……./……../……..

  ☐ 1ière prolongation du traitement de 12 mois.
  ☐ 2ième prolongation du traitement de 12 mois.

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

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

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

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

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

(cachet) .... (signature du médecin)