ANNEXE A : Modèle de formulaire de première demande

Formulaire de première demande de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de tezepelumab 210mg (§13910000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018) pour le traitement d'une rhinosinusite chronique avec polypose naso-sinusienne (CRSwNP).

I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur) :

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (nom)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (prénom)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (numéro d'affiliation)

II - Eléments à attester par le médecin-spécialiste ORL ou médecin spécialiste en pneumologie :

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu :

- ☐ ORL.
- ☐ En pneumologie.

Certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus remplit les conditions figurant au §13910000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1er février 2018 :

☐ Le bénéficiaire n'a pas été traité antérieurement avec la spécialité à base de tezepelumab et répond aux conditions suivantes :

1. Le bénéficiaire est âgé d'au moins 18 ans.
2. Le bénéficiaire répond aux critères de définition de la rhinosinusite chronique avec polypose naso-sinusienne :
    - Présence pendant au moins 12 semaines d'au moins 2 des symptômes suivants :
        - Congestion/obstruction nasale ou rhinorrhée (antérieure ou postérieure).
        - Réduction ou perte de l'odorat.
        - Douleur/pression faciale.
    - Présence de polypes visibles dans les 2 fosses nasales à l'examen endoscopique, documentée de façon photographique, schématique ou descriptive.
3. Le bénéficiaire présente une forme sévère et non-contrôlée de la maladie avec :
    - Présence de symptômes persistants malgré un traitement par corticoïdes par voie nasale.
    - Antécédent d'une chirurgie pour polypose naso-sinusienne ou présence d'une contre-indication médicale à la chirurgie.
    - Réponse à au moins 2 des critères suivants :
        - Avoir eu recours à des corticostéroïdes systémiques au moins 1 fois au cours des deux dernières années OU présenter une contre-indication ou une intolérance aux corticostéroïdes systémiques.
        - Avoir un diagnostic d'asthme associé.
        - Présenter une perte significative de l'odorat.

☐ Le bénéficiaire a déjà été traité avec un traitement monoclonal et a suivi toutes les conditions mentionnées ci-dessus avant le début du traitement initial.

J'atteste que je dispose des éléments attestant que les critères concernant la sévérité de la rhinosinusite chronique avec polypose naso-sinusienne sont remplis chez ce bénéficiaire avant l'initiation du traitement.

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

Je sollicite dès lors pour ce bénéficiaire le remboursement de maximum 7 seringues/stylos prérempli(e)s à base de tezepelumab 210mg pour assurer les 6 premiers mois de traitement.

III – Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II :

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (nom)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (prénom)

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

|__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| (date)

(cachet) .... (signature du médecin)

Version valable à partir du 01.07.2026