

ANNEXE B : Modèle de formulaire de demande de prolongation

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

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II - Éléments 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 :

1. Le bénéficiaire est âgé d'au moins 18 ans.
2. Le bénéficiaire a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec cette spécialité pendant au moins 6 mois pour le traitement de la rhinosinusite chronique avec polypose naso-sinusienne.
3. Le traitement par cette spécialité ne peut être continué que chez les bénéficiaires considérés comme répondeurs, c'est-à-dire répondant à au moins une des conditions suivantes :
 - Diminution de la taille des polypes (vérifiée par examen endoscopique), soit évaluée par une diminution de minimum 1 point du score NPS (nasal polyp score), soit documentée de façon photographique, schématique ou descriptive, pendant les 6 premiers mois de traitement en comparaison de la taille des polypes à l'initiation du traitement, et maintien de cet effet.

	Au moment de l'instauration de la spécialité à base de tezepelumab 210mg	Au moment de la demande de prolongation
Score NPS (Nasal Polyp Score)		
Date/...../...../...../.....

- Amélioration cliniquement significative de l'odorat et/ou de l'obstruction nasale pendant les 6 premiers mois de traitement en comparaison à l'initiation du traitement, et maintien de cet effet.

En cas d'absence de mesure du score NPS, je m'engage à documenter de façon photographique, schématique ou descriptive les preuves de diminution de la taille des polypes et à les garder dans le dossier du bénéficiaire.

Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve attestant que ce bénéficiaire se trouve dans la situation attestée

Je sollicite dès lors pour ce bénéficiaire le remboursement de maximum 13 seringues/stylos prérempli(e)s à base de tezepelumab 210mg pour assurer la prolongation du traitement pour une période maximale de 12 mois.

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

[1] - [] - [] - [] (n° INAMI)

[] / [] / [] (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)