

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de guselkumab pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère chez des bénéficiaires âgés d'au moins 6 ans et de moins de 18 ans (\$14080000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1^{er} février 2018)

[illegible]

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en dermatologie, expérimenté dans le domaine des traitements systémiques du psoriasis chez des enfants et des adolescents, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus âgé d'au moins 6 ans et de moins de 18 ans, pèse au moins 40 kg, et a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité pharmaceutique à base de guselkumab durant au moins 16 semaines pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère.

De ce fait, le bénéficiaire nécessite de recevoir la prolongation du remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de guselkumab pour une nouvelle période de 24 semaines (à concurrence de 3 conditionnements maximum). Je sollicite pour le bénéficiaire le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer le traitement pendant 24 semaines est mentionné ci-dessous, compte tenu :

- De la date présumée de début de la prolongation du traitement : 00/00/0000.
- kg : Le poids du bénéficiaire (le poids doit être ≥ 40 kg) :
Le 00/00/0000 (date à laquelle le bénéficiaire a été pesé).
- De la posologie de 100 mg toutes les 8 semaines, ce qui porte le nombre total de conditionnements nécessaires à :
00 Conditionnements de 1 seringue préremplie de 100 mg (maximum 3).

J'atteste savoir que le remboursement simultané de la spécialité à base de guselkumab avec une des spécialités à base de etanercept, adalimumab, ustekinumab ou secukinumab n'est jamais autorisé.

(nom)
 (prénom)
 1 - - - (numéro INAMI)
 / / (date)

--

.....

Version valable à partir du 01.09.2026